



FORMULÁRIO – Agência Transfusional

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO OU RESERVA DE HEMOCOMPONENTES

Código: F.HABF.127

Versão: 00

Elaboração: 21/12/2022

Nome completo do paciente: _____ <small>Campo obrigatório</small>			
Nome da mãe: _____ <small>Campo obrigatório</small>			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femin. <small>Campo obrigatório</small>		Idade/DN: _____ anos ____/____/____ <small>Campo obrigatório</small>	
Prontuário: _____ <small>Campo obrigatório</small>		Peso: _____ <small>Campo obrigatório</small>	
Unidade de Internação: _____ <small>Campo obrigatório</small>		Leito: _____ <small>Campo obrigatório</small>	
Diagnóstico / CID: _____ <small>Campo obrigatório</small>			
Indicação: _____ <small>Campo obrigatório</small>			
1 Hemoglobina: _____ g/dl	2 Plaquetas: _____ mm ³	3 Fibrinogênio: _____ mg/dl	4 PTTK: _____ segundos
Transusão prévia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.			
Reação transfusional prévia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim. Tipo: <input type="checkbox"/> Alérgica (urticariforme) <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Outra: _____			
TIPO DE TRANSFUÇÃO			
<input type="checkbox"/> Programada: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Rotina (a se realizar em um prazo máximo de 24 horas).			
<input type="checkbox"/> Urgente (a se realizar em um prazo máximo de 3 horas).			
<input type="checkbox"/> Emergência (sem testes pré-transfusionais devido risco de vida) *Obrigatório o preenchimento de sol. de extrema urgência			
SOLICITAÇÃO			
<input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO:		<input type="checkbox"/> RESERVA CIRÚRGICA: Cirurgia em: ____/____/____	
1. Concentrado de hemácias: _____ unidade(s) <input type="checkbox"/> filtradas <input type="checkbox"/> lavadas <input type="checkbox"/> Irradiadas <input type="checkbox"/> Fenotipada			
2. Concentrado de plaquetas: _____ unidade(s) <input type="checkbox"/> randômicas <input type="checkbox"/> filtradas <input type="checkbox"/> Irradiadas <input type="checkbox"/> por aférese			
3. Crioprecipitado: _____ unidade(s).			
4. Plasma Fresco: _____ unidade(s). <input type="checkbox"/> Unidade Intervalo: _____ horas.			
Observações:			
Data: ____/____/____		_____ Carimbo e assinatura do médico solicitante	
Horário: _____:_____			

Formulário normativo com a RDC 34 / ANVISA.

1 Campo obrigatório para solicitação de concentrado de hemácias

2 Campo obrigatório para solicitação de transusão de concentrado de Plaquetas

3 Campo obrigatório para solicitação de Crioprecipitado

4 Campo obrigatório para solicitação de Plasma Fresco

