



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

