HEMOSERVICE
Serviços de Hemoterapia

Solicitação de Transfusão

Espaço destinado à etiqueta de identificação do paciente

Paciente:_____ Nº de registro: _____
Nome da mãe:_____
Telefones:_____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo:_____ Peso:_____
Hospital: _____ Leito: _____ Convênio:_____
Diagnóstico: _____
Dados clínicos do paciente para a transfusão e cirurgia (se aplicável):_____
_____

Hemoglobina: _____ Plaquetas: _____
Alteração em exame de coagulação? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Já foi transfundido? ( ) Sim ( ) Não Reações transfusionais prévias? ( ) Sim ( ) Não
Tipo de reação transfusional: _____
Antecedentes gestacionais: _____

Especificações:

Concentrado de hemácias (ml): _____ Plasma fresco congelado (ml): _____
Concentrado de plaquetas (U): _____ Crioprecipitado (U): _____
Sangria terapêutica (ml): _____ Transfusão Autóloga (ml): _____

Outros: _____

Justificativa para utilização de hemocomponente desleucocitado / irradiado / fenotipado / lavado:

_____
_____
_____

Modalidades de Atendimento:

( ) Programada: Data _____/_____/_____ Hora:_____:_____ ( ) De urgência: a ser realizada em até 3 horas
( ) De rotina: a ser realizada em até 24 horas ( ) De emergência: (vide verso).

O médico responsável declara conhecer os riscos e benefícios da hemotrasfusão e que o paciente ou seu responsável está ciente de sua indicação.

Ass./Carimbo Médico: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Recebimento pela Ag. Transfusional

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

_____
Assinatura (Funcionário Ag. Transfusional)

VERSÃO SETEMBRO 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE (EXTREMA URGÊNCIA)

Eu, Dr. _____, CRM/MG _____, responsabilizo-me pelas possíveis reações transfusionais que poderão advir de transfusões de concentrados de hemácias sem a realização de provas de compatibilidade (prova cruzada) pré-transfusionais, justificadas pelo quadro clínico desfavorável apresentado pelo paciente _____ registro n°_____ , cuja demora no início das transfusões poderá colocar a vida do paciente em risco.

Estou ciente que, eventualmente, o paciente poderá desenvolver hemólise, e suas consequências, por não ter sido possível realizar previamente a pesquisa de anticorpos irregulares.

Ass,: _____ CRM/MG _____

_____ , _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____