

Nome do paciente: _____

Nº do prontuário: _____

Atendimento: _____

REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO - HEMOCOMPONENTES

<input type="checkbox"/> RESERVA	<input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO		
Unidade Solicitante: () 10ª () 9ª () 8ª () 7ª () 6ª () CC () UTI () PA () H. Dia () CDI-Hemodinâmica Outra (especifique): _____ Data: ___/___/___ Hora: ___ : ___ Telefone: 5087-8000 Ramal: _____			
Diagnóstico/Justificativa: _____ _____			
Reação Adversa Anterior: () NÃO () SIM, especificar: _____			
Transfução Anterior: () NÃO () SIM			
Gestação Anterior: () NÃO () SIM () Não se Aplica			
Exames laboratoriais: () exames indisponíveis no momento da requisição Hb: ___ g/dL Htc: ___ % Plaquetas: _____ /mm ³ AP/TTPA: ___ seg RNI/Relação: ___ Fibrinogênio: ___ mg/dL			
Tipo de procedimento: <input type="checkbox"/> Transfução <input type="checkbox"/> Sangria terapêutica <input type="checkbox"/> Plasmaférese terapêutica <input type="checkbox"/> Outros: _____	Tipo de Hemocomponente <input type="checkbox"/> Concentrado de hemácias: _____ unid/mL <input type="checkbox"/> Plaquetas: () Randômicas _____ unidades () Aférese <input type="checkbox"/> Irradiada <input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Plasma fresco congelado: _____ unidades <input type="checkbox"/> Crioprecipitado: _____ unidades <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Tipo de solicitação <input type="checkbox"/> Extrema urgência (risco para a vida do paciente) Requer Termo de consentimento <input type="checkbox"/> Urgente (dentro de 3 horas) <input type="checkbox"/> Não urgente (dentro de 24 horas) <input type="checkbox"/> Programada (Para: ___/___/___ Hora: ___ : ___)			
Nome legível (de quem colheu a amostra): _____ Função (de quem colheu a amostra): _____ Data: ___/___/___ e Hora: ___ : ___ Médico Solicitante: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___ : ___			
PARA USO DO HEMOCENTRO			
BOLSA Nº	TIPAGEM DIRETA ABORh	TESTE DE HEMÓLISE	PROVA CRUZADA
Exames realizados na amostra do paciente: <input type="checkbox"/> Tipagem direta ABO/Rh <input type="checkbox"/> Tipagem Reversa ABO <input type="checkbox"/> Teste de coombs indireto <input type="checkbox"/> Teste de coombs direto		Procedimentos realizados nos hemocomponentes: <input type="checkbox"/> Irrradiado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Filtrado <input type="checkbox"/> Fracionado	