

UNIDADE ADMINISTRATIVA:**IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÕES DE TRANSFUSÃO**

Paciente: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel: () _____

Prontuário: _____ Leito/Apto: _____ Raça/ Cor/ Etnia: _____

Município de residência: _____ CNS (Cart. Nacional de Saúde: _____)

INTERNAÇÃO:

SIH – SUS – Nº AIH _____

Convênio: _____ Pront: _____

Particular _____

Hemoglobina: _____ g% Hematócrito: _____ % Plaquetas: _____ / mm

Recebeu transfusão _____ Quando? (última) ____/____/____ Onde? _____

Quantas gestações? G ____ P ____ A ____ Medicamentos em uso _____

Diagnósticos e Indicação Clínica: _____

**ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO
PACIENTE (HOSPITALAR)**Distúrbio de Coagulação? Sim Não

Qual? _____

Solicitou Doadores? Sim Não**REQUISIÇÃO (VIDE VERSO)**

ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE		TIPO DE ATENDIMENTO/ TRANSFUSÃO			
		Urgente (em 3 horas)	Rotina (em 24 horas)	Programada (acima de 24 horas)	Reserva Cirúrgica Data:
O atendimento a esta solicitação dependerá dos estoques de sangue disponíveis na Agência Transfusional (AT). Caso não haja disponibilidade de algum hemocomponente específico solicitado, o médico da AT avaliará a possibilidade de adequação do atendimento.				Data: ____/____/____ Hora: _____	____/____ Hora: _____
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCOCONGELADO	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO	_____ Unid	_____ Unid	_____ Unid	_____ Unid
CONC. DE HEMÁCIAS <input type="checkbox"/> Desleucocitado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Fenotipado <input type="checkbox"/> Lavado		_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
CONC. DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> Desleucocitado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> FATOR VIII		_____ Unid	_____ Unid	_____ Unid	_____ Unid

Em caso de dúvidas na solicitação do hemocomponente, consulte o método da Agência Transfusional. Cirurgia ____/____/____ às _____ horas Cirurgia proposta: _____

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA – SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE (IMPORTANTE: VIDE VERSO) _____ ml de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

_____	_____	Data: ____/____/____ Hora: _____
Médico solicitante:(Nome legível/ CRM ou Carimbo)	Assinatura	

Recebido por: _____ DATA: ____/____/____ Hora: _____

ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS E DE REQUISIÇÃO**TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE:**

Existe risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares e, portanto, a transfusão de emergência sem teste de compatibilidade só é indicada quando há risco de vida e não se pode aguardar o tempo necessário para a realização dos testes pré-transfusionais (30 minutos).

Assinatura obrigatória para atendimento à solicitação

Médico requisitante, ciente e de acordo:

Nome e CRM legível (ou carimbo) e assinatura

DESCRIÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES

COMPONENTE	COMPOSIÇÃO	VOLUME APROX.	INDICAÇÃO
Concentrado de hemácias (CH):	Hemácias; plasma em pequeno volume; 2000-3 000x 10 ⁶ leucócitos residuais	270 ml	Restabelecer a capacidade de transporte de O ₂ e a massa eritrocitária.
CH padrão			
CH desleucocitado	Hemácias; < 1x10 ⁶ leucócitos residuais;	250 ml	RN, pacientes politransfundidos, hemoglobinopatias, exsanguineo-transfusão, paciente CMV negativos, candidatos a TMO ou c/ reações febris recorrentes, transfusão intra uterina.
CH lavado	Hemácias, proteínas < 0,5 g/ unidade, SF 0,9%	250 ml	Pacientes que apresentam reações alérgicas graves.
CH com camada leuco-plaquetária removida	Hemácias < 1200x10 ⁶ leucócitos residuais, solução aditiva	270 ml	Pacientes que apresentam reações alérgicas ou reações febris
CH Irradiado	Hemácias; plasma em pequeno volume; linfócitos T residuais inativados	270 ml	Pacientes submetidos a transplante de medula óssea, transfusão intrauterina, exsanguineo-transfusão, RN < 1200g, aplasia de medula óssea, doador consanguíneo.
Concentrado de plaquetas (CP):	> 5,5x10 ¹⁰ de plaquetas/ unidade; plasma, < 200x10 ⁶ leucócitos e hemácias residuais	40 – 70 ml	Sangramento ativo com plaquetopenias por deficiência medular ou trombocitopatias congênitas. Preparo para procedimentos invasivos em pacientes plaquetopênicos.
CP (obtido de sangue total)			
Plaquetafereze (CPAF)	> 3.0x10 ¹¹ plaquetas; < 1x10 ⁶ leucócitos residuais; plasma	≥ 200 ml	Politransfundidos, refratários a CP, candidatos a TMO, reação transfusional febril, pacientes CMV negativos
Pool de Conc. de Plaquetas	> 3.0x10 ¹¹ plaquetas; 250x10 ⁶ leucócitos T residuais; plasma	300 ml	Uma bolsa equivale a dose terapêutica para adultos (>40 kg) de conc. de plaquetas
CP desleucocitado	< 1x10 ⁶ leuc (pool ou CPAF) ou < 0,83x10 ⁶ leuc. (CP)	Vide acima	Indicações semelhantes ao CH desleucocitado
CP irradiado	Linfócitos T residuais inativados	Vide acima	Indicações semelhantes ao CH irradiado
Plasma fresco congelado (PFC)	Todos os fatores de coagulação sanguínea	≥ 180 ml	Sangramento ativo ou preparo pré-operatório na deficiência de fatores de coagulação
Crioprecipitado (CRIO)	80 a 100 UI de fator VIII, 20% a 30% de fator XIII, 150 a 300 mg de fibrinogênio, 40% a 70% de fator von Willebrand.	10 – 20 ml	Reposição de fator Von Willebrand (quando o concentrado específico não é disponível) e de fibrinogênio.

ESPAÇO RESERVADO EXCLUSIVAMENTE PARA USO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

CÓDIGO DO PACIENTE:

Nº REQUISIÇÃO INDIVIDUAL:

HEMOCOMPONENTES	ABO/Rh (D)	NUMERAÇÃO DAS BOLSAS

RESPONSÁVEL PELOS TESTES: _____ DATA: ___/___/___