

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

Médico solicitante:(Nome legível/ CRM ou Carimbo)

Assinatura

Data: ____/____/____

Hora: _____

Recebido por:

DATA: ____/____/____

Hora: _____

