



REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do médico solicitante e este poderá responder a processo ético, administrativo, civil e ou criminal, se houver algum dano ao paciente decorrente de informação e ou preenchimento incorreto, ou ainda de má indicação da transfusão ou do procedimento.
2. Todos os campos são obrigatórios e devem estar preenchidos de forma legível. O Banco de sangue não receberá pedidos incompletos, ilegíveis ou rasurados, conforme as legislações vigentes (Ministério da Saúde, ANVISA E VISA).
3. É obrigatório que o médico solicitante informe ao paciente sobre os benefícios e riscos da transfusão, e o paciente deve assinar um Termo de Consentimento Informado.
4. Hemocomponentes modificados (irradiação, filtragem, lavagem ou alíquotagem) somente serão atendidos se de acordo com os protocolos do Banco de Sangue.
5. É responsabilidade da enfermagem e do médico solicitante ou plantonista médico do setor o atendimento às reações transfusionais. Em caso de reação transfusional, o médico solicitante ou plantonista médico do setor deve preencher a Notificação de Reação Transfusional (ANVISA) e comunicar imediatamente o Banco de Sangue.
6. Todas as irregularidades no preenchimento, indicações e reservas cirúrgicas inadequadas, poderão ser encaminhadas ao Comitê Transfusional, para avaliação e medidas corretivas.

Nº DA REQUISIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RECEPTOR

HOSPITAL					SETOR/ANDAR		ENFERMARIA/RAMAL		QUARTO/LEITO		
NOME COMPLETO DO(A) PACIENTE SEM ABREVIATURAS, RASURAS E LEGÍVEL										ANTECEDENTES GESTACIONAL ☐ NÃO ☐ SIM QUANTAS? ☐ NÃO SE APLICA TRANSFUSIONAL ☐ NÃO ☐ SIM ☐ DESCONHECIDO REAÇÃO TRANSFUSIONAL ☐ NÃO ☐ SIM TIPO:	
NOME COMPLETO DA MÃE DO(A) PACIENTE SEM ABREVIATURAS, RASURAS E LEGÍVEL											
REGISTRO HOSPITALAR			DATA DE NASCIMENTO		IDADE	PESO (ESTIMADO)		SEXO		INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO ☐ ANEMIA SINTOMÁTICA ☐ PRÉ PROCEDIMENTO ☐ SANGRAMENTO ATIVO GRAVE (LOCAL DO SANGRAMENTO)..... ☐ PROFILAXIA DE SANGRAMENTO OUTRAS	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E COMORBIDADES											

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE OU VOLUME*	EXAMES QUE JUSTIFIQUEM A TRANSFUSÃO	PERIODICIDADE DA TRANSFUSÃO	MODIFICAÇÃO ⁴	
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	 UNIDADE OUmL	Hb:g/dL Ht:%			☐ DETERMINAÇÃO DE GRUPO ABO/RH
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS	 UNIDADE OUmL	PLAQUETAS:/mm ³			☐ TESTE DE COOMBS DIRETO
☐ PLASMA FRESCO CONGELADO	 UNIDADE OUmL	AP:.....% TTPA:JNR:		NÃO SE APLICA	☐ PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ERITROCITÁRIOS
☐ CRIOPRECIPITADO	 UNIDADE OUmL	FIBRINOGENIO:mg/dL		NÃO SE APLICA	☐ ELUATO
					☐ IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS
					☐ OUTROS:.....

*AS TRANSFUSÕES EM ADULTOS DEVEM SER SOLICITADAS EM NÚMERO DE UNIDADES E AS TRANSFUSÕES EM CRIANÇAS EM mL

MODALIDADE DA TRANSFUSÃO (ATENÇÃO: NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS O MÉDICO SOLICITANTE ASSUME OS RISCOS DOS TESTES INCONCLUSIVOS OU NÃO REALIZADOS, RESPECTIVAMENTE ¹)		
☐ ROTINA (ATENDIMENTO EM ATÉ 12 HORAS)	☐ EMERGÊNCIA (OBRIGATÓRIO TERMO DE RESPONSABILIDADE)	RESERVA CIRÚRGICA: ☐ NÃO ☐ SIM
☐ URGÊNCIA (ATENDIMENTO DENTRO DE 3 HORAS)	☐ PROGRAMADA PARA DIA ÀS:	TIPO DE CIRURGIA/PROCEDIMENTO:.....

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

☐ PLASMAFÉRESE Nº SESSÕES	☐ COLETA DE CÉLULA TRONCO HEMATOPOÉTICA.....X 10 ⁶ Kg PESO	☐ CITAFÉRESE TERAPÊUTICA
☐ SANGRIA TERAPÊUTICA.....mL	☐ EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO.....mL	☐ OUTROS

MÉDICO SOLICITANTE: NOME LEGÍVEL COM CRM OU ASSINATURA COM CARIMBO	DATA DO PEDIDO	HORÁRIO DO PEDIDO
--	----------------	-------------------

