

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nº do prontuário: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_

**REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO - HEMOCOMPONENTES**

<input type="checkbox"/> RESERVA	<input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO		
<b>Unidade Solicitante:</b> ( ) 10ª ( ) 9ª ( ) 8ª ( ) 7ª ( ) 6ª ( ) CC ( ) UTI ( ) PA ( ) H. Dia ( ) CDI-Hemodinâmica Outra (especifique): _____ <b>Data:</b> ___/___/___ <b>Hora:</b> ___ : ___ <b>Telefone:</b> 5087-8000 <b>Ramal:</b> _____			
<b>Diagnóstico/Justificativa:</b> _____			
<b>Reação Adversa Anterior:</b> ( ) NÃO ( ) SIM, especificar: _____			
<b>Transfusão Anterior:</b> ( ) NÃO ( ) SIM			
<b>Gestação Anterior:</b> ( ) NÃO ( ) SIM ( ) Não se Aplica			
<b>Exames laboratoriais:</b> ( ) exames indisponíveis no momento da requisição Hb: ___ g/dL Htc: ___ % Plaquetas: _____ /mm <sup>3</sup> AP/TTPA: ___ seg RNI/Relação: ___ Fibrinogênio: ___ mg/dL			
<b>Tipo de procedimento:</b> <input type="checkbox"/> Transfusão <input type="checkbox"/> Sangria terapêutica <input type="checkbox"/> Plasmaférese terapêutica <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>Tipo de Hemocomponente</b> <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: _____		
<b>Tipo de solicitação</b> <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: ___ : ___)			
<b>Nome legível</b> (de quem colheu a amostra): _____			
<b>Função</b> (de quem colheu a amostra): _____			
<b>Data:</b> ___/___/___ e <b>Hora:</b> ___ : ___			
<b>Médico Solicitante:</b> _____ CRM: _____ <b>Data:</b> ___/___/___ <b>Hora:</b> ___ : ___			
<b>PARA USO DO HEMOCENTRO</b>			
<b>BOLSA Nº</b>	<b>TIPAGEM DIRETA ABORh</b>	<b>TESTE DE HEMÓLISE</b>	<b>PROVA CRUZADA</b>
<b>Exames realizados na amostra do paciente:</b> <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		<b>Procedimentos realizados nos hemocomponentes:</b> <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Filtrado <input type="checkbox"/> Fracionado	