



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA**

PTP-AG - 1

Sistema de Gestão da Qualidade

Revisão: 02

Planilha de Trabalho de Paciente de Outro Hospital - AG

Página: 1/1

Revisado em 01/06/2020

Nome do Paciente (completo e sem abreviações):

Nº Registro Hospitalar:

Nº. Identidade (RG) / Órgão Expedidor:

CNS – Cartão Nacional de Saúde

Raça/Cor: 01 () Branca 02 () Negra 03 () Parda
04 () Amarela 05 () Indígena 99 () Sem informação

Sexo:
() Masc. () Fem.

Data Nascimento:
____/____/____

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço de residência:

Rua _____ Nº.: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Fone Residência: () _____ Celular: () _____

Nº SORO

E-mail: _____

Procedência:

Convênio:

P.F.:

Leito:

**Fenótipo
Anterior**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| C | C ^W | c | E | e | K | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ABO/Rh:

| A | B | D | Ct | RA ₁ | RB | | TA | 37° | AGH | CC | CDE | CONCLUSÃO |
|---|---|---|----|-----------------|----|----|----|-----|-----|----|-----|-----------|
| | | | | | | Df | | | | | | |
| | | | | | | Ct | | | | | | |

Método

PEG

| PAI | TA | AGH | CC |
|-----|----|-----|----|
| I | | | |
| II | | | |
| AC | | | |

Coombs Direto

| | MONO | POLI |
|-----|------|------|
| T.A | | |
| CC | | |

RESPONSÁVEL - EXAMES: _____, INÍCIO ____:____ data: ____/____/____.

| Prod | Nº da Bolsa | Data vencimento | HA | HB | Prova Cruz. (PEG) | | | Retipagem | Responsável | Fenótipo |
|------|-------------|-----------------|----|----|-------------------|-----|----|-----------|-------------|----------|
| | | | | | TA | AGH | CC | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Observações:

| |
|--|
| |
| |
| |

RESPONSÁVEL DIGITAÇÃO: _____, ____:____ data: ____/____/____.