

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	RTOH
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 02
	Requisição para transfusão em outro hospital	Página: 1/2

Revisado em 01/06/2020

Serviço solicitante / Cidade:			Para uso da Unidade do Hemocentro (Etiqueta RT)
Funcionário Solicitante:	Telefone de contato:	Data: ____/____/____	

Nome do Paciente (completo e sem abreviações):				
Leito:	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: ____/____/____	Idade:	Peso em Kg	Convênio:
Nome do Pai:				
Nome da Mãe:				
Endereço de residência: Rua _____ Nº.: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____ Fone de Residência: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____				

Qtde (BOLSA/ML)	Hemocomponentes
	Concentrado de hemácias (Irradiado ☐ Não ☐ Sim)
	Conc. de hemácias lavado (Irradiado ☐ Não ☐ Sim)
	Conc. de hemácias filtrado (Irradiado ☐ Não ☐ Sim)
	Conc. de hemácias filtrado e lavado (Irradiado ☐ Não ☐ Sim)
	Concentrado de plaquetas irradiadas (Avaliação do Hematologista)
	Concentrado de plaquetas irradiadas e filtrado (Avaliação do Hematologista)
	Conc. de plaquetas por aférese irradiada (Avaliação do Hematologista)
	Plasma fresco congelado (Avaliação do Hematologista)
	Crioprecipitado (Avaliação do Hematologista)
	Outros:

Hipótese diagnóstica/indicação: _____

Dados laboratoriais: Hb: _____ g/dl Ht: _____ % Plaquetas: _____

Gestações: ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____ ☐ Não sabe

Transfusões anteriores? ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Sim Quantas? _____ Quando?: _____

Reações transfusionais? ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Sim Qual? _____

TRANSFUSÃO	RESERVA
☐ Programada – Data: ____/____/____ Horário: _____	☐ Reserva cirúrgica–Data ____/____/____ Horário: _____
☐ Transfusão de rotina – realizar dentro de 24 horas	☐ Reserva para transfusão – Data ____/____/____ Horário: _____
☐ Urgente – realizar dentro de 3 horas	
☐ Emergência – Assinar Termo de responsabilidade no verso	

DATA DA SOLICITAÇÃO	HORA:	ASSINATURA e CARIMBO c/ NOME e CRM
---------------------	-------	------------------------------------

HORA COLETA.	DATA	RESP.	(Etiqueta de Amostra)
HORA RECEB.	DATA:	RESP.	

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	RTOH
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 02
	Requisição para transfusão em outro hospital	Página: 2/2

Revisado em 01/06/2020

INDICAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

PRODUTOS	COMPOSIÇÃO	VOLUME	INDICAÇÕES
Concentrado de Hemácias	Hemácias, Leucócitos, Plaquetas e Plasma em pequeno volume	300 ml	Aumento da massa eritrocitária em anemia sintomática
Concentrado de Plaquetas Irradiada Concentrado de Plaquetas por Aferese Irradiada	Plaquetas, leucócitos e Plasma.	60 ml 250 ml	Sangramento devido a plaquetopenia. (A indicação deve ser discutida com o Hematologista/ Hemoterapeuta)
Plasma Fresco Congelado	Plasma rico em fatores de coagulação	200 ml	Tratamento de algumas coagulopatias Indicação conforme legislação vigente (A indicação deve ser discutida com o Hematologista)
Crioprecipitado	Fibrinogênio, Fatores VIII, XIII, Fator de Von Willebrand	20 ml	Deficiência de fator VIII, Fator XIII, fibrinogênio. (A indicação deve ser discutida com o Hematologista)

Observação:

Hemocomponentes Irrradiados: Indicado para inativação de linfócitos.

Hemocomponentes Lavados: Reduz o risco de reações alérgicas a proteínas plasmáticas.

Hemocomponentes Filtrados: Reduz risco de reação febril devido anticorpos leucocitários, diminui a possibilidade de aloimunização a antígenos leucocitários e do sistema HLA.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA

De acordo com a norma vigente, estou ciente dos riscos desta transfusão e, assumo inteiramente a responsabilidade sobre a indicação, pois o quadro clínico do paciente justifica a emergência e o retardo no início da transfusão pode colocá-lo em risco a vida. Tenho ciência dos riscos desta transfusão e serei responsável pelas consequências deste ato.

Concordo plenamente que a transfusão aconteça conforme os procedimentos definidos pelo comitê transfusional para estas situações, sendo que solicito:

- ☐ Transfusão de Concentrado de Hemácias do tipo “O” sem tipificação prévia do paciente.
- ☐ Transfusão de Concentrado de Hemácias do tipo “O” com provas de compatibilidade parcial.

_____, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo com CRM