

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	TATI
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 03
	Termo de Autorização para Transfusão Incompatível	Página: 1/1

Revisado em: 24/06/2020

Origem: ☐ HC ☐ HMI ☐ Hemocentro

Dr^(a) _____, médico assistente, após conhecimento do quadro do paciente _____, registro nº _____, presente no leito _____, e com a ciência da(o) Hemoterapeuta _____, julgo necessário e autorizo a transfusão do(s) seguinte(s) hemocomponentes(s) com resultado de prova de compatibilidade positiva:

Hemocomponente	Nº bolsa

Marília, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo Médico Assistente	AUTORIZAÇÃO INFORMAL VIA TELEFONE, COM POSTERIOR ASSINATURA HEMOTERAPEUTA
	_____ RESPONSÁVEL PELO CONTATO/DATA
Assinatura e carimbo Médico Hemoterapeuta	

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	TATI
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 03
	Termo de Autorização para Transfusão Incompatível	Página: 1/1

Revisado em: 24/06/2020

Origem: ☐ HC ☐ HMI ☐ Hemocentro

Dr^(a) _____, médico assistente, após conhecimento do quadro do paciente _____, registro nº _____, presente no leito _____, e com a ciência da(o) Hemoterapeuta _____, julgo necessário e autorizo a transfusão do(s) seguinte(s) hemocomponentes(s) com resultado de prova de compatibilidade positiva:

Hemocomponente	Nº bolsa

Marília, _____ de _____ de 20____.

Assinatura e carimbo Médico Assistente	AUTORIZAÇÃO INFORMAL VIA TELEFONE, COM POSTERIOR ASSINATURA HEMOTERAPEUTA
	_____ RESPONSÁVEL PELO CONTATO/DATA
Assinatura e carimbo Médico Hemoterapeuta	