



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO**



Hospital: _____ Data: ____/____/____ Clínica: _____ Leito: _____

Paciente (nome completo): _____ Idade: _____

NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS

Nº SES: _____ D.N.: ____/____/____ Peso: _____ Kg Sexo: M F Quantas gestações prévias? _____

Diagnóstico: _____

Indicação para Transfusão: _____

Antecedentes Transfusoriais: O paciente já recebeu outras transfusões? Não Sim Ignorado

Data da última transfusão: ____/____/____ Reação transfusional prévia? Não Sim Qual? _____

Modalidade da Transfusão:

- Programada para a data: ____/____/____ Hora: ____ : ____
- Rotina – em até 24 horas
- Urgente – em até 3 horas
- Emergência – Assinar Declaração Médica (verso)
- Reserva para cirurgia. Data cirurgia: ____/____/____

Resultados Laboratoriais que justifiquem a indicação:

Hb _____ g/dl Ht: _____% Plaquetas _____ x10³/mm³
TP: _____ TTPa: _____ Fibrinogênio: _____ mg/dl

| HEMOCOMPONENTES | QUANTIDADE (UN.) |
|------------------------|------------------|
| Conc. Hemácias (CH) | |
| Conc. Plaquetas (CP) | |
| Plasma Fresco (PFC) | |
| Crioprecipitado (CRIO) | |
| Plaquetaférese | |
| Outros | |

Procedimentos especiais (justificar)

() Irradiado () Lavado () Filtrado () Fenotipado

Justificativas e Observações:

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) _____ Hora _____ :

“O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis”.

PRC GM/MS Nº 5, de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV.

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

1. Observações: _____

Recebimento/entrega Hora: ____:____. Responsável: _____
Liberação Hora: ____:____

Dados do Receptor

| ABO/ Rh(D) | PAI |
|---------------------|-----|
| | |
| RESPONSÁVEL: | |

2. Unidades de hemocomponentes transfundidas:

| Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMOCOMPONENTE ABO/RH(D) | VOLUME e VALIDADE | INSP VISUAL | TÉCNICO EXAMES | TÉCNICO TRANSFUSÃO | DATA e HORA | SINAIS VITAIS – Pré e Pós Transfusão |
|---|----------------------|----------------|-------------------|-----------------------|----------------|--|
| | | | | | | Pré Transfusoriais PA: ____ x ____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusoriais PA: ____ x ____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C |



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO



| Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMOCOMPONENTE ABO/RH(D) | VOLUME e VALIDADE | INSP VISUAL | TÉCNICO EXAMES | TÉCNICO TRANSFUSÃO | DATA e HORA | SINAIS VITAIS - Pré e Pós |
|---|----------------------|----------------|-------------------|-----------------------|----------------|--|
| | | | | | | Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C |
| | | | | | | Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C |
| | | | | | | Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C |
| | | | | | | Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C |

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da Transfusão, sempre que a modalidade de transfusão for Emergência)

Eu, Dr.(a) _____, CRM/DF _____, autorizo a transfusão de **EMERGÊNCIA, sem conclusão das provas pré-transfusionais**, por se tratar de situação clínica em que o retardo do início da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente. Após o envio do hemocomponente os testes devem ser realizados normalmente e devo ser comunicado(a) em caso de anormalidades nos resultados. Fui informado(a) quanto aos riscos transfusionais associados a esse procedimento.

Médico Responsável pela autorização (Nome / Assinatura / CRM)

PRC GM/MS Nº 5, de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV.