



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRÁSILIA



Uso exclusivo da AT
Nº da notificação: _____/20____

FORMULÁRIO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Hemovigilância

NOTIFICAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

Número SES: _____

Indicação da transfusão: _____

2. INFORMAÇÕES SOBRE A OCORRÊNCIA

Data e hora da ocorrência: ____/____/____ às ____h ____min Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

Unidade da ocorrência: ☐ Hospital _____ ☐ UPA _____ ☐ NHH _____

Especifique o setor: _____

Sinais Vitais: T: _____°C PA: _____x_____mmHg Pulso: _____bpm FR: _____irpm

Principais manifestações clínicas

☐ Ansiedade/
inquietação
☐ Calafrio
☐ Tremores
☐ Febre
☐ Prurido
☐ Urticária
☐ Eritema

☐ Dispneia
☐ Cianose central
☐ Cianose de
extremidades
☐ Edema Agudo de
Pulmão
☐ Tosse

☐ Dor abdominal
☐ Diarreia
☐ Taquipneia
☐ Náuseas
☐ Vômito
☐ Taquicardia
☐ Choque

☐ Hipotensão
☐ Hipertensão
☐ Icterícia
☐ Dor lombar
☐ Cefaleia
☐ Rebaixamento
do nível de
consciência

☐ Edema
labial/lingua/úvula
☐ Edema periorbital/
conjuntival
☐ Dor ou
sangramento no local
da infusão
☐ Oligúria/anúria
☐ Hemoglobinúria

☐ CIVD
☐ Epistaxe
☐ Aloimunização
☐ Soroconversão

Outras: _____

Descreva o que aconteceu:

.....
.....
.....
.....

Houve dano associado? ☐ Nenhum ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave ☐ Óbito ☐ Não sei

Ações imediatas tomadas:

☐ Não ☐ Sim. Descreva:

.....
.....
.....

3. DADOS DA TRANSFUSÃO

Tipo de hemocomponente	Qualificação	Nº da bolsa	Validade	ABO/Rh	Data da administração

Tipo Hemocomponente

CH - Concentrado de hemácias
CP - Concentrado de plaquetas
PFC - Plasma fresco congelado
POT - Plasma - outro tipo

CG - Concentrado de granulócitos
CRIO - Crioprecipitado
STR - Sangue total reconstituído

Qualificação do Hemocomponente

1- Aliquotado
2- Com adição de solução preservadora
3- Desleucocitado à beirado
4- Desleucocitado na bancada
5- Irradiado
6- Lavado
7- Pool de buffy coats
8 - 8 - Pool de randômicas
9- Por aférese
10- Randômicas
11- Sem buffy coat

Data da notificação: ____/____/____

Carimbo e assinatura do notificador: _____

Não deixe de notificar por desconhecer parte das informações solicitadas. Em caso de dúvidas, entre em contato com a AT.

ENCAMINHE O FORMULÁRIO À AGÊNCIA TRANSFUSIONAL



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA



INVESTIGAÇÃO	
1. INVESTIGAÇÃO – PREENCHIMENTO PELA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
Nº da Notificação:	Data do recebimento da notificação: / /
Tipo de transfusão: ☐ autóloga ☐ alogênica	Tipo de reação: ☐ imediata ☐ tardia
Transfusões prévias: ☐ não houve ☐ até 5 ☐ 6 a 10 ☐ 11 a 20 ☐ mais de 20 ☐ desconhecida ☐ ignorado	
Histórico de reações transfusionais: ☐ sim ☐ não ☐ desconhecido ☐ ignorado	
Inspeção visual da bolsa: ☐ normal ☐ anormal ☐ não realizada ☐ bolsa indisponível	
Anormalidade encontrada: _____	
NOTIVISA: ☐ sim: nº _____ ☐ não se aplica	
Suspeita de reação adversa ou queixa técnica referente aos produtos de saúde empregados no procedimento? ☐ sim ☐ não	
Em caso afirmativo, houve notificação? ☐ sim. Nº NOTIVISA _____ ☐ não	
2. CONCLUSÃO – PREENCHIMENTO PELO HEMOTERAPEUTA	
História clínica/ diagnósticos: _____ _____ _____ _____	
Classificação da reação*	
GRAVIDADE: ☐ leve ☐ moderada ☐ grave ☐ óbito ☐ não se aplica	
CAUSALIDADE: ☐ confirmada ☐ provável ☐ possível ☐ improvável ☐ descartada ☐ inconclusiva ☐ não se aplica	
DIAGNÓSTICO:	
Reações imediatas ☐ Febre não hemolítica ☐ Alérgica ☐ Contaminação bacteriana ☐ Hemolítica aguda imunológica ☐ Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão – TRALI ☐ Hemolítica aguda não imune ☐ Hipotensiva relacionada à transfusão ☐ Sobrecarga circulatória associada à transfusão ☐ Dispneia associada à transfusão ☐ Dor aguda associada à transfusão ☐ Distúrbios metabólicos ☐ Outras reações imediatas _____	Reações Tardias ☐ Hemolítica tardia ☐ Púrpura pós-transfusional ☐ Doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional ☐ Aloimunização/aparecimento de anticorpos irregulares ☐ Hemossiderose com comprometimento de órgãos ☐ Transmissão de doença infecciosa ☐ Outras reações tardias _____ ☐ Não se aplica
Data da análise: / /	Carimbo e assinatura do hemoterapeuta:

***Notas:**

- Utilize as diretrizes estabelecidas no Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância, ANVISA, 2015, para a classificação da reação transfusional.
- Casos suspeitos de contaminação bacteriana, transmissão de doenças por transfusão, lesão pulmonar relacionada à transfusão – TRALI, reação hemolítica aguda imunológica ou óbito possivelmente decorrente de reação transfusional deverão ser reportados também à Fundação Hemocentro de Brasília pela AT que investiga o evento.