

**FORMULÁRIO DE REGISTRO DE TRANSFUÇÃO**

Serviço/Agência Transfusional: \_\_\_\_\_

**1. Dados do paciente:**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grupo sanguíneo (ABO/Rh): \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**2. Dados do hemocomponente:**

Tipo de hemocomponente: \_\_\_\_\_ Nº da bolsa/doação: \_\_\_\_\_

ABO/Rh: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Volume transfundido: ( ) Total ( ) Alíquota: \_\_\_\_\_ ml

**3. Prova de compatibilidade:**

Prova cruzada: ( ) compatível ( ) incompatível – anexar cópia do Termo de Responsabilidade Médica

( ) não realizada – Transfusão de Emergência: anexar cópia do Termo de Responsabilidade Médica

Responsável pelos testes (nome/matricula): \_\_\_\_\_

**4. Sinais Vitais:**

	Pré-transfusional	Pós-transfusional
Pressão arterial		
Pulso		
Temperatura °C		

**5. Dados da transfusão:**

Indicação da transfusão: \_\_\_\_\_

Médico solicitante (nome/assinatura/CRM): \_\_\_\_\_

Início da transfusão – data e hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - às \_\_\_\_ h: \_\_\_\_ min

Término da transfusão – data e hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - às \_\_\_\_ h: \_\_\_\_ min

Responsável pela transfusão (nome/matricula): \_\_\_\_\_

**6. Hemovigilância:**

Reação transfusional: ( ) Não ( ) Sim – Descreva abaixo os sinais, sintomas e a conduta adotada

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES:**

1. Todas as informações devem ser preenchidas de forma completa, legível e sem rasuras;
2. Na ocorrência de qualquer evento adverso antes, durante ou após a realização da transfusão, entrar em contato com o Núcleo de Distribuição da Fundação Hemocentro de Brasília, telefone: 3327-4445.
3. Para hemocomponentes alíquotados, preencher um formulário por receptor e anexar todos os formulários relativos ao mesmo hemocomponente.