



**FORMULÁRIO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS**

**Hemovigilância**

Uso exclusivo da AT  
Nº da notificação: \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**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	<input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietação	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Edema labial/língua/úvula	<input type="checkbox"/> CIVD
	<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Edema periorbital/conjuntival	<input type="checkbox"/> Epistaxe
	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Cianose de extremidades	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Dor ou sangramento no local da infusão	<input type="checkbox"/> Aloimunização
	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Edema Agudo de Pulmão	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Oligúria/anúria	<input type="checkbox"/> Soroconversão
	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Rebaixamento do nível de consciência	
	<input type="checkbox"/> Urticária		<input type="checkbox"/> Taquicardia			
	<input type="checkbox"/> Eritema		<input type="checkbox"/> Choque			

Outras: \_\_\_\_\_

Descreva o que aconteceu:

.....

.....

.....

.....

Houve dano associado?  Nenhum  Leve  Moderado  Grave  Óbito  Não sei

Ações imediatas tomadas:

Não  Sim. Descreva:

.....

.....

.....

**3. DADOS DA TRANSFUÇÃO**

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

<p><b>Tipo Hemocomponente</b></p> <p>CH - Concentrado de hemácias CP - Concentrado de plaquetas PFC - Plasma fresco congelado POT - Plasma - outro tipo</p>	<p><b>Qualificação do Hemocomponente</b></p> <p>CG - Concentrado de granulócitos CRIO - Crioprecipitado STR - Sangue total reconstituído</p>	<p><b>Qualificação do Hemocomponente</b></p> <p>1- Aliquotado 2- Com adição de solução preservadora 3- Desleucocitado à beirado leito 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</p>
---	--	---

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**



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

**\*Notas:**

1. Utilize as diretrizes estabelecidas no Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância, ANVISA, 2015, para a classificação da reação transfusional.
2. 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.