

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



FORMULÁRIO DE VISITA PÓS-TRANSFUSIONAL

Hemovigilância

REGISTRO DE VISITA PÓS-TRANSFUSIONAL						
1. IDENTIFICAÇÂ	ÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente:						
Data de nascimento	o: / /	Se	exo:	■ Masculin	o G Feminir	no 🗖 Ignorado
Número SES:						
Diagnóstico e indica	ação da transfusão:					
2. DADOS DA TR	KANSFUSÃO					
Tipo de hemocomponente	№ da bolsa e validade	ABO/Rh BOLSA	ABO/Rh PACIENTE	Prova cruzada (+/ -)	Data e hora da transfusão	Transfusão interrompida? (S/N)
Tipo Hemocomponente CH - Concentrado de hemácias CP - Concentrado de plaquetas PFC - Plasma fresco congelado POT - Plasma - outro tipo				SSVV antes: T: PA: FC: FR:		SSVV após: T: PA: FC: FR:
() Calafrios () () Tremores () () Hipotensão () () Dificuldade respiratória () () Tosse () () Rouquidão () () Hematúria () () Cefaléia () () Taquicardia ()				Sim. Assinale as manifestações apresentadas e relate) Cianose de extremidades) Cianose central) Prurido) Pápulas) Urticária) Dor torácica) Dor abdominal) Dor no local da punção) Náusea) Vômito) Outro:		
Fornecimento das i	-	nte () fa				onsável pela visita:

Obs.: Caso o paciente apresente uma ou mais manifestações clínicas adversas associadas à transfusão, a suspeita de reação transfusional deverá ser investigada. Caso a notificação ainda não tenha sido registrada e enviada espontaneamente à agência transfusional, preencha o <u>Formulário de Reações Tranfusionais</u> para que se procedam às etapas de investigação e notificação à vigilância, quando cabível.