



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - HUAP
HEMOCENTRO REGIONAL DE NITERÓI – HEMONIT

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

NOME:				PRONTUÁRIO:		
DATA NASCIMENTO: / /		SEXO: () F () M	Peso: _____ Kg	ENFERMARIA:	ANDAR:	LEITO:
DIAGNÓSTICO:						
INDICAÇÃO:						
Sangramento Ativo? () SIM () NÃO			Transfusão Anterior? () SIM () NÃO		Reação Transf? () SIM () NÃO	
HEMOCOMPONENTE		PRESCRIÇÃO DA TRANSFUSÃO		DADOS LABORATORIAIS		
☐	Concentrado de Hemácias	_____ Unidades ou _____ ml	Htº: % Hb: g/dL	Data: _____		
☐	Concentrado de Plaquetas	_____ Unidades ou _____ ml	Nº Plaquetas:	Data: _____		
☐	Plasma Fresco	_____ Unidades ou _____ ml	TAP: seg. INR: seg. PTT: seg.	Data: _____		
☐	CRIO / Hemoderivados	_____ Unidades ou _____ ml	Fibrinogênio:	_____ mg/dL	Data: _____	
AMOSTRA				PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
Data da Coleta: ____/____/_____ Hora da Coleta: _____:_____ _____ Nome Legível do Coletor				☐ FILTRADO ☐ IRRADIADO ☐ LAVADO ☐ OUTROS: Justificativa: _____		
TIPO DE TRANSFUSÃO						
() PROGRAMADA		() EMERGÊNCIA		() ROTINA		() Urgência
Reserva para o dia: ____/____/____		Imediata (vide o verso)		Realizada em até 24h		Realizada em até 3h
Médico Solicitante:		Data da Solicitação: ____/____/____		Hora da Solicitação: ____:____		
OBSERVAÇÕES:						
As transfusões serão realizadas, preferencialmente, no período diurno. Portaria de consolidação nº 5 de 03/10/2017						
Só serão atendidas as requisições corretamente preenchidas e assinadas por médicos.						
Os concentrados de plaquetas serão liberados na forma de pool de de 4 ou 5 unidades ou por aférese.						
Formulário versão 1.1 - 12/03/2019						

() TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE

Art. 170. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais poderá ser feita.

§ 2º O médico solicitante deve estar ciente dos riscos das transfusões de urgência ou emergência e será responsável pelas consequências do ato transfusional, se esta situação houver sido criada por seu esquecimento, omissão ou pela indicação da transfusão sem aprovação prévia nos protocolos definidos pelo Comitê Transfusional. (PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, § 2º) . Portaria de consolidação nº 5 de 03/10/2017.

AUTORIZO A EXPEDIÇÃO DE _____ UNIDADES DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS SEM A FINALIZAÇÃO DOS DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS, JUSTIFICADA PELO RISCO DE MORTE DO PACIENTE, CASO A TRANSFUSÃO NÃO SEJA REALIZADA IMEDIATAMENTE.

Médico Solicitante:	Data da Solicitação: ____/____/____	Hora da Solicitação: ____:____
---------------------	--	-----------------------------------

UFF/HUAP/ TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA HEMOTERAPIA)

Amostra Recebida Por: _____ Data: ____/____/____ às ____:____

ABO/Rh	A	B	AB	D	C	RA1	RB	RESPONSÁVEL

PAI I:	II:	CD:	AC:	FENÓTIPO: C:	Cw:	c:	E:	e:	K:	Resp.:
--------	-----	-----	-----	--------------	-----	----	----	----	----	--------

PAINEL/ANTICORPOS IDENTIFICADOS:

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

HORÁRIOS

DATA	TIPO	NÚMERO	ABO/Rh	VOL.:	ORIGEM	PC	TH	IV	RESP	EXPED	INÍCIO	TÉRM	RESP
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	
				ml		() C () I				:	:	:	

OBSERVAÇÕES:

LEGENDAS :

ORIGEM: 1 = HUAP; 2 = IEHE ou SIGLA correspondente

PC= prova cruzada C = compatível I = Incompatível/ TH = Teste de Hemólise/ IV =Insp. Visual