

REQUISIÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

EM 2 VIAS



Instituição Requisitante

Nome: _____ Telefone: _____

Dados do Paciente

Nome (sem abreviaturas): _____

Prontuário / Registro: _____ Nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masc () Fem

Localização: Setor: _____ Quarto: _____ Leito: _____

Convênio: _____ Número da Carteira: _____ Validade: ____/____/____

Diagnóstico / Indicação: _____

Hemoglobina: _____ g/dl Hematócrito _____ % Plaquetas: _____

Grupo sanguíneo: ABO: _____ RhD () Positivo () Negativo

Antecedentes Transfusionais:

Já recebeu transfusão prévia: () Sim () Não () Não sabe

Já apresentou reação transfusional prévia: () Sim () Não () Não sabe

Observações: _____

Tipo de transfusão:

1. () Reserva / Programada: ____/____/____ às _____

2. () Rotina (a ser realizada dentro de 24h a partir do horário de solicitação)

3. () Urgência (a ser realizada dentro de 03h a partir do horário de solicitação)

4. () Emergência (o retardo da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente)

AUTORIZO a expedição da(s) unidade(s) de Concentrado(s) de Hemácia(s) solicitado(s) SEM a finalização dos testes pré-transfusionais, justificada por risco de vida do paciente, caso a transfusão não seja realizada imediatamente.

ATENÇÃO: AO ASSINALAR O ITEM 4, A ASSINATURA É OBRIGATÓRIA.

Assinatura e CRM legível: _____

Componente Solicitado:

Unidade ou Volume (ml)

Concentrado de Hemácias _____

Concentrado de Hemácias Desleucocitado _____

Concentrado de Plaquetas _____

Concentrado de Plaquetas Desleucocitado _____

Plasma Fresco Congelado _____

Crioprecipitado _____

Observações: _____

PARA USO INTERNO

RECEBIMENTO

Data: ____/____/____

Hora: _____

Ass.: _____

Registro: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura e CRM: _____

Unidades de Saúde que enviam amostra para prova de compatibilidade no Núcleo:

1 - Enviar UMA AMOSTRA de sangue do paciente, coletada em tubo com EDTA para realização dos testes pré-transfusionais.

2 - A AMOSTRA deve ser coletada exclusivamente para este fim e na MESMA DATA do envio da solicitação da transfusão.

3 - A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA deve conter nome da Unidade de Saúde, nome completo do paciente (sem abreviações), prontuário ou registro na Unidade de Saúde, data de coleta e identificação do responsável pela coleta.

4 - Por questões de segurança, amostras identificadas inadequadamente, com divergência de identificação ou de grupo sanguíneo/fator Rh em relação à solicitação ou ao cadastro do paciente no Núcleo serão descartadas, devendo ser enviada nova amostra para a liberação do componente.

O fornecimento de hemocomponentes só será cumprido se houver o correto e completo preenchimento do formulário de requisição e prescrição no prontuário médico. O não cumprimento retardará o atendimento.
RDC N° 57 de 16/12/2010, RDC N° 51 de 07/11/2013 e Portaria N° 2.712 de 12/11/2013