

ANEXO II

**REQUISIÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS PARA INSTITUIÇÕES  
CADASTRADAS SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO**

PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS ITENS EM NEGRITO

**Nome da Instituição:** CASA DE SAÚDE JOÃO XXIII LTDA

**Endereço:** RUA NILO PEÇANHA, Nº 564

**Cidade:** ITAOCARA

**Bairro:** CENTRO **Telefone:** (22)3861-8400

---

**Tipo de Transusão:** ( ) ROTINA ( ) EMERGÊNCIA

---

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número do Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Nº AIH** \_\_\_\_\_

**Localização do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nasc:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Indicação da Transusão:** \_\_\_\_\_

**Hematócrito / Hemoglobina:** \_\_\_\_\_ **Data do Exame:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (preencher quando requerido CH)

**Cont. de Plaquetas:** \_\_\_\_\_ **Data do Exame:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (preencher quando requerido CP)

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**Nº do CNS (Cartão Nacional de Saúde):** \_\_\_\_\_

---

**Componente Hemoterápico Solicitado**

- |                                                                   | <b>Nº de Unidades</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Concentrado de Hemácias                     | _____                 |
| <input type="radio"/> Concentrado de Plaquetas                    | _____                 |
| <input type="radio"/> Plasma Fresco Congelado                     | _____                 |
| <input type="radio"/> Concentrado de Hemácias pediátrico _____ ml | _____                 |
| <input type="radio"/> Outros _____                                | _____                 |

Só serão aceitas requisições acompanhadas de amostra de sangue do paciente colhida, identificadas com nome completo, registro e data da coleta.

---

**Tenho ciência das Normas Técnicas de Hemoterapia publicadas na Portaria Nº 1353 do Ministério da Saúde em 13/06/2011 e RDC Nº 57, 16 de dezembro de 2010 e responsabilizo-me pelo transporte e aplicação dos produtos solicitados.**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante