

ANEXO II
REQUISIÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS PARA INSTITUIÇÕES
CADASTRADAS SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO

PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS ITENS EM NEGRITO

Nome da Instituição: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Bairro: _____
Telefone: _____

Tipo de Transfusão: () ROTINA () EMERGÊNCIA

Nome do Paciente: _____ Gr.Sang: _____
Número do Prontuário: _____ Nº AIH _____
Localização do paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Peso: _____ Sexo: _____
Diagnóstico: _____

Indicação da Transfusão: _____

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

Nº de Unidades

- Concentrado de Hemácias
- Concentrado de Plaquetas
- Plasma Fresco Congelado
- Concentrado de Hemácias pediátrico _____ ml
- 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, de 16 de dezembro de 2010 e responsabilizo-me pelo transporte e aplicação dos produtos solicitados.

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante