



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

Formulário de envio de amostras pela Agência Transfusional

Código: *FEA-AT*

Revisão: *0*

Documento relacionado: *POP Geih-P 003*

FENOTIPAGEM

EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS

HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	
NOME DA MÃE	
DATA DE NASCIMENTO	PRONTUÁRIO
RAÇA: <input type="checkbox"/> CAUCASIANO <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> AFRO-DESCENDENTE <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO	

AMOSTRA:

DATA DA COLETA ____/____/____

Data do exame no Hospital ____/____/____	ABO:	COOMBS DIRETO:
	Rh:	COOMBS INDIRETO (PAI):
	AUTO CONTROLE:	PROVA CRUZADA Compatível <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Se NÃO, descreva qual fase:
	OBS.:	

Data do exame no Hospital ____/____/____	Hb (g/dL) / Ht (%):	RETICULÓCITOS (%):
	BILIRRUBINAS (mg/dL):	DHL(U/L) :
	TESTE DE HEMÓLISE:	URINA:

QUADRO CLÍNICO ATUAL

DIAGNÓSTICO:	
MEDICAÇÕES ATUAIS:	
Nº DE TRANSFUSÕES:	ÚLTIMA TRANSFUSÃO EM:
NÚMERO DE GESTAÇÕES:	ABORTAMENTOS:
IDADE GESTACIONAL:	

Nome / Registro Profissional

INSTRUÇÕES OBRIGATÓRIAS

- Preencher formulário corretamente em **letra legível e dados completos**
- Coletar 05 a 10 ml de sangue em tubo de tampa roxa (EDTA)
- Coletar 10 ml de sangue em tubo de tampa amarela ou vermelha (sem anticoagulante)
- Anotar os resultados **POSITIVOS com a intensidade de reação**, ou **NEGATIVOS**.
- Identificar a amostra com:
 - Nome completo** (de acordo com o documento de identidade)
 - Data de nascimento**
 - Data da coleta**
- Em caso de recém-nascido coletar:
 - 03 a 05mL de sangue em tubo de tampa roxa (EDTA)
 - Da mãe: 10 mL de sangue em tubo de tampa roxa (EDTA) e amarela ou vermelha (sem anticoagulante)