

## CARTÃO DE TRANSFUSÃO - FRENTE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA



HOSPITAL:

**CARTÃO DE  
TRANSFUSÃO**

NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURA E LEGÍVEL)

SEXO  
M  F

DATA NASC.:  
/ /

LEITO / LOCAL:

DATA DOS TESTES  
/ /

ABO RH PACIENTE

ABO RH BOLSA

PROVA DE COMPATIBILIDADE  COMPATÍVEL  INCOMPATÍVEL

RESPONSÁVEL PELOS TESTES (NOME E MATRÍCULA)

RESPONSÁVEL PELA TRANSFUSÃO (NOME E MATRÍCULA)

DATA DA TRANSFUSÃO  
/ /

HORA DE INÍCIO DA  
TRANSFUSÃO

SINAIS VITAIS DO PACIENTE (ANTES DO INÍCIO DA TRANSFUSÃO):  
Temperatura: \_\_\_\_\_ °C Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ irpm  
Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg

**Este cartão deve acompanhar o  
hemocomponente durante toda a transfusão**

**ATENÇÃO: LEIA O VERSO**

N° DO HEMOCOMPONENTE

FORMULÁRIO CT – POP NUDIS/GEPROD 003 VERSÃO VIGENTE: CARTÃO DE TRANSFUSÃO

## CARTÃO DE TRANSFUSÃO - VERSO



### **ATENÇÃO**

#### **ANTES DA TRANSFUSÃO:**

- 1 – IDENTIFICAR ADEQUADAMENTE O RECEPTOR;
- 2 – CONFERIR OS DADOS DO PACIENTE COM OS DADOS DO RÓTULO DO HEMOCOMPONENTE A SER UTILIZADO;
- 3 - TRANSFUNDIR SOMENTE MEDIANTE PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- 4 - CONFERIR OS RESULTADOS DOS EXAMES QUE APARECEM NO RÓTULO DA BOLSA;
- 5 - UTILIZAR EQUIPO DE INFUSÃO ESPECÍFICO PARA TRANSFUSÃO;
- 6 – NÃO ADICIONAR NEM INFUNDIR JUNTO COM MEDICAMENTOS OU SOLUÇÕES NÃO ISOTÔNICAS;
- 7 – VERIFICAR E INFORMAR AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA SOBRE QUALQUER EFEITO ADVERSO IMEDIATO.

### **ATENÇÃO**

#### **AO PRIMEIRO SINAL DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL:**

- 1- INTERROMPER IMEDIATAMENTE A TRANSFUSÃO;
- 2- MANTER ACESSO VENOSO;
- 3- EXAMINAR OS ROTULOS DAS BOLSAS E TODOS OS REGISTROS;
- 4- COMUNICAR AO MÉDICO ASSISTENTE;
- 5- COMUNICAR AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA;



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA