



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA  
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

ETIQUETA

Hospital: \_\_\_\_\_ Setor de internação: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS Idade: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Obrigatório para paciente recém-nascido

SES/Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_ Kg Sexo:  M  F Nº gestações prévias \_\_\_\_\_

Indicações da transfusão: \_\_\_\_\_

Diagnósticos/Comorbidades: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Transfusoriais:** recebeu outras transfusões?  
( ) Não ( ) Sim - Última transfusão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**Reação transfusional prévia?** ( ) Não ( ) Sim - Qual?  
\_\_\_\_\_

**Resultados Laboratoriais:**  
Hb: \_\_\_\_\_ g/dl Ht: \_\_\_\_\_% Plaquetas \_\_\_\_\_ x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>  
TAP: \_\_\_\_\_ TTPa: \_\_\_\_\_ Fibrinogênio: \_\_\_\_\_ mg/dl

**Modalidade da Transfusão:**  
( ) Programada para: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_  
( ) Rotina - em até 12 horas  
( ) Urgente - em até 3 horas  
( ) Emergência - Declaração de Responsabilidade Médica  
( ) Reserva para cirurgia. Data cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

| HEMOCOMPONENTES               | UNIDADES |
|-------------------------------|----------|
| Concentrado de Hemácias (CH)  |          |
| Concentrado de Plaquetas (CP) |          |
| Plasma Fresco (PFC)           |          |
| Crioprecipitado (CRIO)        |          |
| Aférese de plaquetas          |          |

**Procedimentos especiais (justificar)**  
( ) Irradiado ( ) Lavado ( ) Filtrado ( ) Fenotipado

**Justificativas e observações:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) \_\_\_\_\_

**O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA NÃO PODERÁ ACEITAR REQUISIÇÕES INCOMPLETAS, RASURADAS OU ILEGÍVEIS.**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA**

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da transfusão, apenas para a modalidade de transfusão Emergência)

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM/DF \_\_\_\_\_, autorizo a transfusão de EMERGÊNCIA, **SEM CONCLUSÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**, por se tratar de situação clínica em que o retardo da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente. Após o envio do hemocomponente os testes devem ser realizados normalmente e devo ser comunicado(a) em caso de anormalidades nos resultados. Fui informado(a) quanto aos riscos transfusionais associados a esse procedimento.

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável pela autorização (Nome/Assinatura/CRM)

**PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

**Recebimento da Requisição:**  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_  
Entregue por (assinatura/matricula): \_\_\_\_\_  
Recebido por (assinatura/matricula): \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| Exames do Receptor  |     |
|---------------------|-----|
| ABO/ Rh(D)          | PAI |
|                     |     |
| <b>RESPONSÁVEL:</b> |     |

**UNIDADES DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDAS:**

| HEMOCOMPONENTE<br>Nº / TIPO / ABO Rh(D) | VOLUME e<br>VALIDADE | INSPEÇÃO<br>VISUAL | TÉCNICO<br>EXAMES | TÉCNICO<br>TRANSFUSÃO | DATA e HORA |         | SINAIS VITAIS<br>Antes e após Transfusão                       |
|---|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|-------------|---------|--|
|   |                      |                    |                   |                       | INÍCIO      | TÉRMINO |  |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 1          | TÉCNICO 1         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |
|   |                      | TÉCNICO 2          | TÉCNICO 2         |                       |             |         | PA: ___x___ mmHg<br>FC: ___ bpm FR: ___<br>Temperatura: ___ °C |

**DECLARAÇÃO DE RECUSA DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

(Preenchimento pelo paciente que manifesta recusa para receber transfusão)

Eu, \_\_\_\_\_, NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS, data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, fui informado(a) que a realização de transfusão de hemocomponentes é necessária, pelo conjunto de achados clínicos e exames laboratoriais avaliados por médico, que prescreveu a transfusão de acordo com as indicações estabelecidas pelo conhecimento científico e nos protocolos desta instituição. Ainda assim, EU DECLARO QUE NÃO ACEITO RECEBER ESTA TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES e declaro ter obtido os esclarecimentos necessários sobre os riscos desta decisão com o médico solicitante.

Nome completo do paciente (ou responsável legal): \_\_\_\_\_

Nº de documento de identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_