



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

Formulário de Solicitação de Segmentos

Código: *FSS*

Documento relacionado: *POP Gsat 001*

Revisão: 1

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL: _____ **DATA:** _____

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ **GRUPO ABO/Rh:** _____

DIAGNÓSTICO/INDICAÇÃO: _____

ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE: *Filtrado* *Irradiado* *Recente*

SOLICITO A DISPONIBILIZAÇÃO DE _____ SEGMENTOS DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS.

OBSERVAÇÕES RELACIONADAS:

(Descreva aqui o uso de medicamentos, fenótipo do paciente ou qualquer informação que direcione a seleção de bolsas).

Responsável pela solicitação (AT):	
Data:	Hora:

Responsável pela seleção dos segmentos:	
Data:	Hora:

ATENÇÃO:

1. *Em cada solicitação só poderão ser enviados no máximo 20 segmentos.*
2. *A Subseção de Distribuição deve receber retorno sobre a compatibilidade das bolsas em até 5 horas após a separação dos segmentos.*

Responsável pela entrega (FHB)
Data/Hora: _____

Responsável pelo recebimento (AT)
Data/Hora: _____