



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

Código: *FDvH*

Revisão: *0*

Documento relacionado: *POP Gsat 006*

Agência Transfusional: _____ Data: ____/____/____

Tipo de hemocomponente: _____

Código da doação/bolsa: _____

Validade: ____/____/____

Motivo da devolução

1. () Notificação de Produto Devolvido – NPD

Processo SEI nº _____ - _____ / _____ - _____

2. Suspeita de reação transfusional

() Contaminação bacteriana

() Reação Hemolítica Aguda Imunológica (RHAI)

() Reação Hemolítica Aguda Não Imunológica (RHANI)

() Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI)

() Óbito

Processo SEI nº _____ - _____ / _____ - _____

Hemocomponente descartado pelo SistHemo: () Sim () Não

Nº Descarte: _____

Bolsa do hemocomponente com sistema aberto: () Sim () Não

Hemocomponente transfundido: () Sim () Não

Responsável pela entrega		Responsável pelo recebimento		Data:
Setor	Nome/matricúla	Setor	Nome/matricúla	
				Hora: