



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

Formulário de Recolhimento de Hemocomponentes

Código: *FRH*

Documento relacionado: *POP Gdis 002*

Revisão: *0*

RECOLHIMENTO DE HEMOCOMPONENTE Nº: _____

DATA DE ABERTURA: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA RETENÇÃO: _____

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL: _____

Nº DO PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO (SEI): _____

MOTIVO DO RECOLHIMENTO:

() Informações Pós-Doação () Contaminação Microbiológica () Outro: _____

() Soroconversão de Doador () Desvio de Qualidade

Assinatura: _____ Matrícula: _____ Data: ____ / ____ / ____

DADOS DO RECOLHIMENTO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Hemocomponente	Número da Doação	Tipagem Sanguínea	Data de Distribuição pela FHB	Validade

ENTREGUE POR: Assinatura/Matrícula (AT): _____

RECOLHIDO POR: Assinatura/Matrícula (FHB): _____

Data: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA SEGREGAÇÃO DO(S) HEMOCOMPONENTE(S) NA GDIS:

Assinatura: _____ Matrícula: _____ Data: ____ / ____ / ____