



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – CB –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-CB-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

**PREENCHIMENTO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

1. Identificação do receptor

Nome completo do receptor: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Ignorado

Hospital: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

2. Dados clínicos do receptor

Diagnósticos médicos: \_\_\_\_\_

Indicação da transfusão: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

3. Dados da transfusão

| Tipo de hemocomponente | N.º do Hemocomponente | Validade | Data e hora do início da transfusão | Data e hora do término da transfusão | Transfusão interrompida (S/N)? |
|------------------------|-----------------------|----------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
|                        |                       |          |                                     |                                      |                                |
|                        |                       |          |                                     |                                      |                                |
|                        |                       |          |                                     |                                      |                                |
|                        |                       |          |                                     |                                      |                                |

**Tipo de hemocomponente:** CH: Concentrado de Hemácias CRIO: Crioprecipitado PIC: Plasma Isento de Crioprecipitado

CP: Concentrado de Plaquetas PFC: Plasma Fresco Congelado

4. Informações sobre a ocorrência

Data e hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_ h \_\_\_ min.

Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Unidade: ( ) Hospital ( ) Ambulatório ( ) UPA ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Notificação no NOTIVISA:

( ) Sim – Número da notificação \_\_\_\_\_

( ) Não – Justifique: \_\_\_\_\_



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – CB –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-CB-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

Sinais e sintomas apresentados pelo receptor:

( ) Febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )

( ) Tremores, calafrios

( ) Hipotensão

( ) Taquicardia, dispneia

( ) Náuseas, vômitos

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Sinais vitais:

Pré-transfusionais:

T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Pós-transfusionais:

T: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Ações imediatas:

( ) Não ( ) Sim - Descreva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Investigação da Reação Transfusional

| <b>Análise da amostra do receptor</b> | <b>Pré-transfusional</b> | <b>Pós-transfusional</b> |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ABO/RH                                |                          |                          |
| Pesquisa de Anticorpos Irregulares    |                          |                          |
| Prova de Compatibilidade              |                          |                          |
| Coombs Direto                         |                          |                          |

| <b>Análise do hemocomponente</b> | <b>Pré-transfusional</b> | <b>Pós-transfusional</b> |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ABO/RH                           |                          |                          |
| Teste de hemólise                |                          |                          |
| Inspeção visual da bolsa         | ( ) Normal ( ) Anormal   | ( ) Normal ( ) Anormal   |
|                                  | ( ) Não realizada        | ( ) Não realizada        |



F U N D A Ç Ã O  
**Hemocentro**  
D E B R A S Í L I A

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – CB –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-CB-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

| Exames do receptor   | Pré-transfusional | Pós-transfusional |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Hemoglobina          |                   |                   |
| Hematócrito          |                   |                   |
| Leucócitos           |                   |                   |
| Bilirrubina indireta |                   |                   |
| DHL                  |                   |                   |

Hemocultura do receptor antes da transfusão:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Negativa ( ) Positiva - Microorganismo: \_\_\_\_\_  
( ) Não realizada

Hemocultura do receptor após a transfusão:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Negativa ( ) Positiva - Microorganismo: \_\_\_\_\_  
( ) Não realizada

- Outros resultados de exames laboratoriais, evoluções médicas do receptor, registros de sinais vitais, quando disponíveis, devem ser anexados a este Formulário.

6. Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Em observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - LEI N.º 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018, os dados pessoais registrados neste formulário devem ser tratados, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária.*

**Nota:**

Encaminhe o FIRT-CB-UC, por meio de correspondência eletrônica ([gvig@fhb.df.gov.br](mailto:gvig@fhb.df.gov.br)), à Gerência de Hemovigilância - Gvig/Dihemo/Unitec/PR/FHB-DF: [gvig@fhb.df.gov.br](mailto:gvig@fhb.df.gov.br)