



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – RHAI –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-RHAI-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 – RHAI –  
UNIDADE CONVENIADA**

Código: *FIRT-RHAI-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

Sinais e sintomas apresentados pelo receptor:

- ( ) Inquietação, ansiedade (sensação de morte iminente)
- ( ) Dor abdominal, lombar ou em flancos
- ( ) Hipotensão grave
- ( ) Taquicardia
- ( ) Febre
- ( ) Tremores/calafrios
- ( ) Dor no local da venopunção
- ( ) Hemoglobinúria
- ( ) Epistaxe
- ( ) Oligúria/anúria; insuficiência renal
- ( ) 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		
Teste de hemólise		
Prova de Compatibilidade		
Coombs Direto		

<b>Análise do hemocomponente</b>	<b>Pré-transfusional</b>	<b>Pós-transfusional</b>
ABO/RH		
Teste de hemólise		



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

**FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – RHAI –  
UNIDADE CONVENIADA**

Código: *FIRT-RHAI-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

Inspeção visual da bolsa

Normal  Anormal

Normal  Anormal

Não realizada

Não realizada

<b>Exames do receptor</b>	<b>Pré-transfusional</b>	<b>Pós-transfusional</b>
Hemoglobina		
Hematócrito		
Leucócitos		
Bilirrubina indireta		
DHL		
Fibrinogênio		
Haptoglobina		

6. Houve identificação de desvio de procedimento que possa ter levado à transfusão incompatível?

Sim  Não

7. Desvio de procedimento identificado:

Identificação incorreta do receptor

Identificação incorreta das amostras coletadas para realização dos testes pré-transfusionais

Troca de hemocomponente e/ou amostra

Não se aplica

Outros: \_\_\_\_\_

8. Trata-se de transfusão de hemocomponente sabidamente incompatível, realizada mediante autorização médica?

Não  Sim.

Descreva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Os resultados de exames imunohematológicos realizados pela GEIH/FHB-DF, quando disponíveis, devem ser anexados a este Formulário.



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 – RHAI –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-RHAI-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: *0*

9. 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-RHAI-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)**