



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – TRALI –  
UNIDADE CONVENIADA

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

Código: *FIRT-TRALI-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

Sinais e sintomas apresentados pelo receptor:

- ( ) Dispneia, hipoxemia com saturação de O<sub>2</sub> < 90% no ar ambiente  
( ) Hipotensão  
( ) Taquicardia  
( ) Febres, tremores  
( ) 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

<b>Exames do receptor</b>	<b>Pré-transfusional</b>	<b>Pós-transfusional</b>
Hemoglobina		
Hematócrito		
Leucócitos		



FUNDAÇÃO  
**Hemocentro**  
DE BRASÍLIA

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL – TRALI –  
UNIDADE CONVENIADA

Código: *FIRT-TRALI-UC*

Documento relacionado: *Manual para  
Unidades Conveniadas*

Revisão: 0

Bilirrubina indireta

DHL

Houve necessidade de suporte respiratório?

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

Gasometria arterial:

pH: \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Dosagem de Peptídeo Natriurético Atrial:

BNP: \_\_\_\_\_

Exame de imagem do torác:

( ) Raio X ( ) Tomografia

Laudos: \_\_\_\_\_

- Outros resultados de exames laboratoriais, 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-TRALI-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)**