

 <p>FUNDAÇÃO Hemocentro DE BRASÍLIA</p>	FORMULÁRIO DE REGISTRO DE TRANSFUÇÃO	
	Código: <i>FRT-UC</i>	Documento relacionado: <i>Manual para Unidades Conveniadas</i>
Revisão: 0		

Serviço/Agência Transfusional: _____

1. Paciente: Nome completo: _____
 Nome da mãe: _____
 Sexo: () F () M Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Grupo sanguíneo (ABO/Rh): _____

2. Dados do hemocomponente:
 Tipo de hemocomponente: _____ N° da bolsa/doação: _____
 ABO/Rh: _____ Validade: ____ / ____ / ____ Volume transfundido: () Total () Alíquota: _____ ml

3. Prova de compatibilidade:
 () compatível () incompatível – anexar cópia do Termo de Responsabilidade Médica
 () não realizada – Transfusão de Emergência: anexar cópia do Termo de Responsabilidade Médica
 Responsável pelos testes (nome/matricula): _____

4. Sinais vitais:	Pré-transfusional	Pós-transfusional
Pressão arterial		
Frequência cardíaca		
Temperatura °C		
Frequência respiratória		

5. Dados da transfusão: Indicação da transfusão: _____
 Início da transfusão – data e hora: ____ / ____ / ____ - às ____ h: ____ min
 Término da transfusão – data e hora: ____ / ____ / ____ - às ____ h: ____ min
 Transfusão Completa: () Sim () Não – Interrompida ou reação transfusional
 Responsável pela transfusão (nome/matricula): _____

6. Hemovigilância: Reação transfusional: () Não () Sim
 Sinais e sintomas: _____

 Conduas imediatas adotadas: _____

7. Observações gerais: _____

- Devolver o formulário em até 72 horas após transfusão;
- Devolver bolsas infundidas parcialmente ou resíduos de hemocomponentes por suspeita de reação transfusional;
- Todas as informações devem ser preenchidas de forma completa, legível e sem rasuras;
- Para hemocomponentes alíquotados, preencher um formulário por receptor e anexar todos os formulários relativos ao mesmo hemocomponente.