|  |
| --- |
| Data da solicitação: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **AO SERVIÇO DE AFÉRESE** |
| Paciente: |
| Data de nascimento: |  Idade: |  Sexo: ( ) Fem ( ) Masc |  Cor: |
| CPF: |  CNS: |
| Peso: |  Altura: |  Hematócrito: % |  ABO/RH: |
| Diagnóstico: |  Indicação: |
| Alergias: |
|  |
| Comorbidades: |
|  |
| Hospital: |  Prontuário: |
| Clínica: |  Enfermaria: |  Leito: |
| Histórico: |
|  |
|  |
| Medicações em uso: |
|  |
|  |
| Uso de IECA: ( ) SIM ( ) NÃO |
| Paciente está ciente e autorizou a realização do procedimento: ( ) SIM ( ) NÃO |
| Acesso: ( ) Periférico ( ) Fistula ( ) Cateter duplo lúmen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO** |
| ( ) PLASMAFÉRESE |  ( ) LEUCAFÉRESE  |  ( ) ERITROCITAFÉRESE | ( ) TROMBOCITAFÉRESE |
| Quantidade de sessões solicitadas: |
| Médico (a) solicitante: |
| Telefone para contato: |
| **PROGRAMAÇÃO – PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE AFÉRESE** |
| N° de procedimentos: |  Frequência: |
| Liquido de reposição: ( ) Albumina ( ) PFC ( ) SF 0,9% ( ) Hemácias  |
| **SE O LIQUIDO DE REPOSIÇÃO FOR PFC OU HEMÁCIAS, PACIENTE DEVE TER EXAMES SOROLÓGICOS.** |
| Sorologia colhida antes do 1º procedimento: ( ) SIM ( ) NÃO |
| Avaliação do hemoterapeuta: |
|  |
|  |
|  |
| Médico (a) responsável pela avaliação: |
| Data da avaliação: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ |