|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |