

Data da solicitação: ____ / ____ / ____

AO SERVIÇO DE SUPORTE AO ROTEM**Paciente:****Data de nascimento:** _____ **Idade:** _____ **Sexo:** () Fem () Masc **Peso:** _____**História clínica:****Comorbidades:****Em uso de heparina?** () Não () Sim. Qual? Que dose?**Fez uso de protamina?** () Não () Sim. Que dose?**Em uso de antiagregante plaquetário?** () Não () Sim. Qual? Que dose?**Em uso de anticoagulante oral?** () Não () Sim. Qual? Que dose?**Outras medicações:****Últimos exames realizados - Data:**

Hb/Ht: _____ Plaquetas: _____ TAP/INR: _____ TTPA/Rel: _____ TCA: _____

Fibrinogênio: _____ Ddímero: _____ PCR: _____ LDH: _____ Ferritina: _____

Outros: _____

Já realizou transfusão? () Não () Sim. Se sim, especificar:

Data: _____ () N° CH () N° PFC () N° CP () N° Crio

Data: _____ () N° CH () N° PFC () N° CP () N° Crio

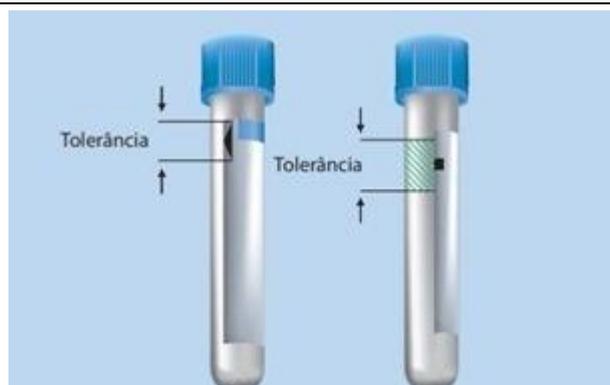
ORIENTAÇÕES DA COLETA DA AMOSTRA

Deve-se seguir rigorosamente a coleta da amostra objetivando redução de erros pré-analíticos, como hemodiluição, volumes insuficientes, hemólise e formação de microcoágulos.

A amostra deverá ser coletada em tubo de citrato, em volume compatível com o aditivo presente no tubo. Observar o volume correto de sangue nos tubos após a coleta. A maioria dos tubos tem marcas indicando o volume mínimo e máximo de sangue (vide figura abaixo). Homogeneizar a amostra cerca de 8 a 10 vezes.

Em situações de coleta simultânea de exames, sempre coletar a amostra do citrato primeiro.

Se coleta realizada em acesso central, descartar 10ml de sangue antes de colher a amostra.



INDICAÇÕES DO EXAME

O ROTEM está indicado nas seguintes situações: cirurgias cardíacas com sangramento microvascular após reversão da heparinização, transplante hepático, pacientes com sangramento agudo grave (ex.: traumático, obstétrico, hemorragia digestiva) caracterizado por índice de choque >0,9 e/ou transfusão de ≥4 concentrados de hemácias em 1 hora e/ou substituição de > 50% da volemia em 3 horas.

FLUXO DA REALIZAÇÃO DO EXAME

- 1) Após autorização da realização do teste pela direção da unidade, o médico deverá preencher este formulário e acionar a equipe do Hemoce para recebimento da amostra, através do número (85) 99810-0180. A amostra deverá ser coletada pela equipe assistencial e enviada, junto com o formulário completamente preenchido, pelo próprio Hospital ao local indicado pela equipe do Hemoce.
- 2) No ato da entrega da amostra, deverá ser informado o número de contato do setor/médico solicitante para onde serão disponibilizadas as curvas e laudo do exame.
- 3) O médico do Hemoce emitirá laudo e estará à disposição da equipe assistencial (mediante contato telefônico) para discussão dos achados no exame.

OBS₁: Questões relacionadas a autorização do exame e indicações não previstas neste protocolo deverão ser definidas pela equipe assistente junto com a direção da unidade. A diretoria de Hematologia do Hemoce está à disposição para discutir aspectos relacionados a indicações do teste.

OBS₂: O Hemoce não disponibilizará medicações procoagulantes, exceto para pacientes sabidamente portadores de coagulopatias hereditárias.

Médico (a) responsável pela solicitação:

Contato telefônico:

Data da solicitação: _____ / _____ / _____