



SOLICITAÇÃO DE AFÉRESE TERAPÊUTICA

FORM.AFET 06

REV: 00

FI 1 de 01

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

Nº de procedimentos: _____ Frequência: _____

Líquido de reposição: () Albumina () PFC () SF 0,9% () Hemácias

SE O LÍQUIDO 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: ____ / ____ / ____