

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AO SERVIÇO DE SUPORTE AO ROTEM**

**Paciente:**

<b>Data de nascimento:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> ( ) F ( ) M	<b>Peso:</b>
----------------------------	---------------	--------------------------	--------------

**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 <sup>o</sup> CH	( ) N <sup>o</sup> PFC	( ) N <sup>o</sup> CP	( ) N <sup>o</sup> Crio
-------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------

Data:	( ) N <sup>o</sup> CH	( ) N <sup>o</sup> PFC	( ) N <sup>o</sup> CP	( ) N <sup>o</sup> Crio
-------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-------------------------

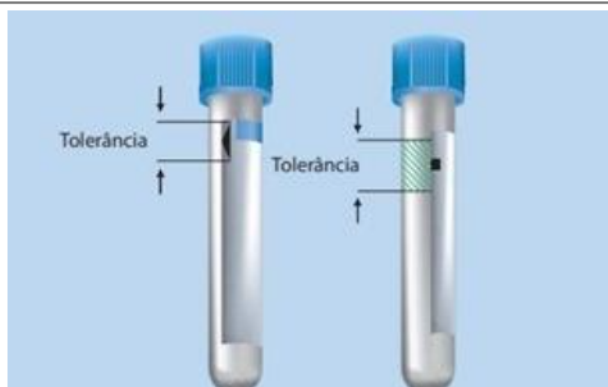
**ORIENTAÇÕES DA COLETA DA AMOSTRA**

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**

- Os testes viscoelásticos estão indicados, principalmente, 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  $\geq 4$  concentrados de hemácias em 1 hora e/ou substituição de > 50% da volemia em 3 horas.
- Consulte o protocolo de sua instituição, caso exista.

**FLUXO DA REALIZAÇÃO DO EXAME**

- 1) Após autorização da realização do teste pelo setor responsável na sua instituição, o médico deverá preencher este formulário e acionar a equipe do Hemoce para recebimento da amostra, através dos números (85) 3101.2297/3101.2288 (CDC - HEMOCE) ou (85) 99810-0180 (AT HEMOCE – HRU). 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.

**OBS<sub>1</sub>: Questões relacionadas a autorização do exame e indicações não previstas neste protocolo deverão ser definidas pela equipe assistente junto com a chefia/direção da unidade, devendo haver acordo previamente estabelecido entre o Hospital e o Hemoce para atendimento.**

**OBS<sub>2</sub>: O Hemoce não disponibilizará medicações procoagulantes, exceto para pacientes sabidamente portadores de coagulopatias hereditárias.**

Médico (a) responsável pela solicitação:

Contato telefônico:

Data da solicitação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_