



REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO (RT)

Transfusão Nº. SBS:



PREENCHER CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL. PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO ATENDIDOS.

PACIENTE:							
CPF:	DN:	/	/	IDADE:	SEXO:	PESO:	Kg
NOME DA MÃE:							
HOSPITAL:				Nº:	() AMBULATORIAL	() SUS	
PRONTUÁRIO:				ENF/APT:	LEITO:	() HOSPITALAR	() CONVÊNIO*
<small>*Se convênio, especifique:</small>							

DIAGNÓSTICO:	Hb:	g/dL	Ht:	%
INDICAÇÃO:	Plaq:	/mm ³	TAP/INR:	
() ROTINA () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () RESERVA: ____/____/____	TTPa/Rel:	FIBR:	mg/dL	

SOLICITAÇÃO MÉDICA

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO	QUANTIDADE	VOLUME	MEDICAMENTO PRÓ-COAGULANTE
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)			
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)			DOSE
CRIOPRECIPITADO (CRIO)			
PLAQUETAS (CP)			POSOLOGIA
() FENOTIPADO () IRRADIADO () DESLEUCOCITADO () LAVADO			

TRANSFUSÕES PRÉVIAS: SIM () QUANDO:	NÃO ()	GESTAÇÕES
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS: SIM () TIPO:	NÃO ()	G () P () A ()

MÉDICO SOLICITANTE / CRM:

DATA: ____ / ____ / ____

ETIQUETA DE AMOSTRA

PF:	ABO/RhD:	ANTICORPOS:	REAÇÕES TRANSFUSIONAIS:
FENOTIPAGEM:	SOLICITAÇÃO:	RESP:	

DATA DA AMOSTRA: ____ / ____ / ____	COLHIDA AT () RECEBIDA ()	RESP:
ABO/RhD:	PAI:	ANTICORPO(S):
		RESP:

DATA	COMPONENTE	CÓDIGO PRODUTO	NÚMERO	FLAG	ABO/Rh	PC	TÉCNICO	ENTREGA/LIBERAÇÃO		TRANSFUSÃO		
								HORA	RESP	SIM	NÃO	DATA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA PARA TRANSFUSÕES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

- () Autorizo a transfusão antes da conclusão das provas transfusionais em virtude da situação clínica do paciente caracterizando a situação de transfusão emergência. Estou ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(a) paciente acima referido(a) por autorizar tal conduta.
- () Autorizo a transfusão com provas transfusionais incompatíveis em virtude da situação clínica de extrema gravidade do paciente e por estar ciente de que a incompatibilidade está provavelmente relacionado a uma situação de autoimunidade, desde que ABO/RhD compatível.