SOLICITAÇÃO DE AFÉRESE TERAPÊUTICA

FORM.AFET.0006

REV: 1

Data da solicitação: _____ / _____ /_____			
AO SERVIÇO DE AFÉRESE			
Paciente:			
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: ( ) Fem ( ) Masc	Cor:
CNS:		CPF:	
Nome da mãe:			
Endereço:			
Peso:	Altura:	Hematócrito: %	ABO/RH:
Diagnóstico:		Indicação:	
Alergias:			
Comorbidades:			
Hospital:		Prontuário:	
Clínica:	Enfermaria:	Leito:	
Histórico:			
Medicações em uso:			
Uso de IECA: ( ) SIM* ( ) NÃO *Suspender preferencialmente 48h antes do inicio do procedimento			
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:			
Assinatura e carimbo do médico (a) solicitante:			
Telefone para contato do médico (a) solicitante:			
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:			
Hemoterapeuta responsável pela avaliação:			
Data da avaliação: _____ / _____ /_____			