

	SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO	FORM.ATF.0035
		REV: 2

Paciente:			
Data de nascimento:		Sexo: () Fem () Masc	
Serviço de origem:			
Diagnóstico:			
Justificativa da transfusão:			
Exame que justifica a transfusão:			
Data ____/____/____	Hb:	Ht	VCM:
Plaquetas:	Fibrinogênio:	TAP:	TTPA:
Hemocomponente solicitado com quantidade ou volume:			
CH () ____	CP () ____	PFC () ____	CRIO () ____
Data da solicitação: ____/____/____			
Médico (a) solicitante:			
ASSINATURA E CARIMBO			

IT. ATF.0005