

## Solicitação de Hemocomponentes para Atendimento Ambulatorial

Identificação do Paciente:

ANVISA - RDC nº 34 de 11/06/2014 e Portaria nº 2712 de 12/11/13

Nome do paciente:	Peso:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Convênio:
Data Nasc. ___/___/___	

Indicação da Transfusão:

Diagnóstico:

Solicitação:

Hemocomponentes	Quantidade	Resultado de Exame (exigido pelos convênios)
Concentrado de Hemácias		HT ou Hb:
Plasma Fresco		TAP/INR:
Concentrado de Plaquetas		Contagem de Plaquetas:
Crioprecipitado		Fibrinogênio:
Autotransfusão		HT ou Hb:

Sangria Terapêutica		
Policitemia Vera		HT ou Hb + Relatório Médico
Hemocromatose		Ht ou Hb Ferritina + Relatório Médico

Plasmaferese		
--------------	--	--

Leucáferese		Leucometria:
-------------	--	--------------

Outros:		
---------	--	--

<b>Reação Transfusional Anterior:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece
<b>Procedimentos Especiais:</b> <input type="checkbox"/> Filtro de Leucócito ( Deleucocitado) <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Pré Medicação - Especificar: _____
<b>Indicação para realização de procedimentos especiais:</b> <input type="checkbox"/> História de Reação Leucocitária <input type="checkbox"/> Reação Alérgica <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Politransfusão <input type="checkbox"/> Candidato à Transplante <input type="checkbox"/> Outros (Especificar)

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_