

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ANVISA - RDC Nº 34 DE 11/06/2014 E PORTARIA Nº 158 DE 04/05/2016

NOME DO PACIENTE:		PESO:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	CONVÊNIO:	DATA NASCIMENTO:

INDICAÇÃO DA TRANSFUÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

SOLICITAÇÃO:

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE	RESULTADO DE EXAME
Concentrado de Hemácias		HT ou Hb:
Plasma Fresco		TAP/INR:
Concentrado de Plaquetas		Contagem de Plaquetas:
Crioprecipitado		Fibrinogênio:
Autotransusão		HT ou Hb:

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

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

Leucáferese		Leucometria
-------------	--	-------------

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

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

Médico Solicitante: _____ Telefone: _____ Data: ___/___/___

Carimbo e Assinatura: _____