

## 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:		
---------	--	--

<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"/> Fenotipado <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"/> Politransusão <input type="checkbox"/> Candidato à Transplante <input type="checkbox"/> Outros (Especificar)

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

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