



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO



Hospital: _____ Data: _____ Clínica: _____ Leito: _____

Paciente (nome completo): _____ Idade: _____

NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS

Nº SES: _____ D.N.: _____ Peso: _____ Kg Sexo: M ☐ F ☐ Quantas gestações prévias? _____

Diagnóstico: _____

Indicação para Transfusão: _____

Antecedentes Transfusoriais: O paciente já recebeu outras transfusões? ☐ Não ☐ Sim ☐ Ignorado

Data da última transfusão: ____/____/____ Reação transfusional prévia? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Modalidade da Transfusão:

☐ Programada para a data: ____/____/____ Hora: ____ : ____

☐ Rotina – em até 24 horas

☐ Urgente – em até 3 horas

☐ Emergência – Assinar Declaração Médica (verso)

☐ Reserva para cirurgia. Data cirurgia: ____/____/____

Resultados Laboratoriais que justifiquem a indicação:

Hb _____ g/dl Ht: _____ % Plaquetas _____ x10³/mm³

TP: _____ TTPa: _____ Fibrinogênio: _____ mg/dl

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE (UN.)
Conc. Hemácias (CH)	
Conc. Plaquetas (CP)	
Plasma Fresco (PFC)	
Crioprecipitado (CRIO)	
Plaquetaférese	
Outros	

Procedimentos especiais (justificar)

() Irradiado () Lavado () Filtrado () Fenotipado

Justificativas e Observações:

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) _____ Hora _____ :

“O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis”.

PRC GM/MS Nº 5, de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV.

PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

1. Observações: _____

Recebimento/entrega Hora: ____:____. Responsável: _____

Liberação Hora: ____:____

Dados do Receptor

ABO/ Rh(D)	PAI
RESPONSÁVEL:	

2. Unidades de hemocomponentes transfundidas:

Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMOCOMPONENTE ABO/RH(D)	VOLUME e VALIDADE	INSP VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA	SINAIS VITAIS – Pré e Pós Transfusão
						Pré Transfusoriais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						Pós Transfusoriais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO



Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMOCOMPONENTE ABO/RH(D)	VOLUME e VALIDADE	INSP VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA	SINAIS VITAIS – Pré e Pós
						Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						Pré Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C Pós Transfusionais PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da Transfusão, sempre que a modalidade de transfusão for Emergência)

Eu, Dr.(a) _____, CRM/DF _____, autorizo a transfusão de **EMERGÊNCIA, sem conclusão das provas pré-transfusionais**, por se tratar de situação clínica em que o retardo do início da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente. Após o envio do hemocomponente os testes devem ser realizados normalmente e devo ser comunicado(a) em caso de anormalidades nos resultados. Fui informado(a) quanto aos riscos transfusionais associados a esse procedimento.

Médico Responsável pela autorização (Nome / Assinatura / CRM)

PRC GM/MS Nº 5, de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV.