



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



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

Paciente (nome completo): _____ NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS Idade: _____

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

Diagnóstico: _____

Indicação para Transfusão: _____

Antecedentes Transfusionais: 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: _____ / _____ / _____

Procedimentos especiais (justificar)

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

Justificativas e Observações:

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	

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
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Pré Transfusionais PA: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm Temperatura: _____ °C</p> <p>Pós Transfusionais PA: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm Temperatura: _____ °C</p>



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 retardado 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 N° 5, de 28/09/2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV (Art. 1º ao 273), Anexos 1 ao 11 do Anexo IV.