



Hemocentro RP

Rua Tenente Catão Roxo nº 2501
Fone: (16) 2101-9300 - Fax: (16) 2101-9309

CADASTRO DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS

Entidade Jurídica:		() Convênio : _____	
		() SUS AIH nº _____	
		() Particular: _____	
Nome do Paciente (Completo):			
Endereço:		nº:	Bairro:
CEP:	Cidade:	UF:	Fone:
RG:	CPF:	Outros:	
Sexo: M () F ()	Data de Nascimento: / /	Tipo ABO/ Rh:	
Registro de Internação:	Quarto:	Leito:	
Nome do Pai:			
Nome da Mãe:			

- 1 - Favor preencher todos os campos, à máquina ou letra de forma, com base nas informações do rótulo da bolsa.
- 2 - Encaminhar esse documento semanalmente ao serviço de Fracionamento, Estoque e Distribuição da FUNDHERP da sua região.

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Tipo do Hemocomponente	Código do Produto	Data da Transfusão	
		/	/
nº Bolsa	Tipo ABO/Rh	Início Transfusão	Término Transfusão

Reação Transfusional adversa:

Foi observada reação transfusional adversa?

 sim não

Em caso afirmativo indicar o tipo de reação observada

 Reação Febril não Hemolítica Reação Hemolítica Reação Alérgica Choque/ contaminação Bacteriana Alterações Metabólicas Sobrecarga Volêmica TRALI Outra. Qual? _____

Assinatura do Médico Responsável:

CRM:

PARA USO DA UNIDADE DO HEMOCENTRO

Quant.	Procedimentos referentes ao receptor
	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - por fenótipo (tubo)
	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - por fenótipo - gel teste
	Fenotipagem do sistema Rh-Hr (tubo)
	Fenotipagem do sistema Rh-Hr - gel teste
	Grupo sanguíneo ABO e Rh
	Ident. anticorpos séricos irregulares antier. c/painel hemácias (tubo)
	Ident.anticorpos séricos irreg.antierit. - p.hemácias enzimático - gel teste
	Ident. anticorpos séricos irregulares antier. c/painel hemácias - tratadas por enzimas
	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários (tubo)
	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - a frio
	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste
	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - método de eluição
	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa (tubo)
	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste
	Teste de Coombs Direto (tubo)
	Teste de Coombs Direto - gel teste
	Teste de Coombs Direto - mono específico - gel teste
	Hemograma

____/____/____

Data

Biologista Responsável