

- () Hemograma (contagem global)
 - () Tipagem ABO
 - () Tipagem Rh
 - () Coombs direto
 - () Coombs direto monoespecífico
 - () PAI (Pesquisa de Anticorpos Irregulares)
 - () IAI (Identificação de Anticorpos Irregulares) (Painel)
 - () ELUATO
 - () Adsorção de anticorpos
 - () Titulação
 - () Pesquisa de hemolisina (Anti-A e/ou Anti-B)
 - () Fenotipagem eritrocitária do sistema Rh-Hr
 - () Fenotipagem eritrocitária de outros sistemas: _____
 - () Teste de compatibilidade (pré-transfusional II)
 - () Pesquisa de hemoglobina S
 - () Eletroforese de hemoglobina
 - () Genotipagem: () Teste direto da antiglobulina positivo
 - () Pacientes com transfusão recente (menos de 90 dias)
 - () Auxílio na identificação da especificidade dos anticorpos de pacientes politransfundidos
 - () Identificação de risco na Doença Hemolítica Peri-Natal
 - () Resolução de fenótipos duvidosos ou discrepantes
- * Caso a indicação não se encaixe entre as alternativas acima descritas, o caso deverá ser discutido com o médico responsável pelo laboratório de Imuno-hematologia.

Obs.: Para toda transfusão dever ser requisitado Tipagem ABO, Tipagem Rh, PAI e teste de compatibilidade.

Nome: _____
RGHC/PF:PF: _____
Quarto: _____ Leito: _____
SUS <input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Conv : _____
DATA: _____



Hemocentro RP

Nº. DA AMOSTRA

PEDIDO DE EXAMES PARA O LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA

Hospital: _____

Material: _____ Leito: _____

Exames solicitados: (especificar no verso)

Justificativa: _____

Pré-cirúrgico: Sim Não

Data provável da cirurgia: ____ / ____ / ____

Transfundido anteriormente: Sim Não

Data última transfusão: ____ / ____ / ____

História Gestacional: _____

Medicamentos em uso:

α metil-dopa Sim Não

Penicilina Sim Não

Outros _____

Médico solicitante / CRM

Nome: _____

RGHC/PF: _____

Quarto: _____ Leito: _____

SUS Part Conv: _____

CNS _____

Raça: _____ Sexo: () M () F

DATA: _____

USO RESERVADO AO LABORATÓRIO

Tipagem ABO/Rh: _____

Coombs direto:

() Positivo () Negativo

Auto aglutinação:

() Positivo () Negativo

Pesq. De Anticorpos irregulares:

() Positivo () Frio (22° C)

() 37° C

() Fase Coombs

() Negativo

Painel nº. : _____ Livro nº. : _____

Especificidade: _____

Quantidade de testes adicionais:

- Painel _____

- ELUATO _____

- Pré-transfusional II _____

- Fenotipagem _____

- Outros PAI _____

Responsável Técnico

Data

Responsável Técnico

Data

Obs.: _____

Painel nº. () Livro nº. ()

Título: _____
Escore: _____

Identificação do(s) anticorpo(s): _____

Responsável Técnico

Data

(combs indireto)

Pesq. de anticorpos anti-eritrocitários:

() Positivo () Negativo

Coombs Direto: () Positivo () Negativo

Auto Aglutinação: () Positivo () Negativo

() Positivo () Negativo

Tipagem ABO: _____ RGHC/PF: _____

Material: _____

LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA - RESULTADOS DE EXAMES

Hemocentro RP

