

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	SEH
	HEMOPI	REV. 00
	SOLICITAÇÃO DE EXAME HEMATOLÓGICO	PAG: 1/3

SOLICITAÇÃO DE EXAME IMUNOHEMATOLÓGICO

Data: ____/____/____	Hora: ____:____
----------------------	-----------------

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOLICITANTE	
() Hospital / Clínica () Agência Transfusional () Ambulatório Hemopi () Outros	
Nome:	
Endereço	
E-mail	Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome Completo:			
Nome da Mãe:			
D.N.	Sexo () fem. () masc.	Peso (Kg):	
Nº Prontuário:		Convênio:	
Nº CNS:			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA A REALIZAÇÃO DOS EXAMES			
Diagnóstico:			
Exames Laboratoriais: Ht _____% Hb _____g/dL Plaquetas _____			
Medicação:			
Transusão anterior: () Sim () Não () Desconhecido			Data: ____/____/____
Reação Transfusional: () Sim () Não () Desconhecido			Data: ____/____/____
Tipo de Reação Transfusional:			
Gestação anterior: () Sim () Não	Nº Filhos:	Aborto: () Sim () Não	

EXAMES SOLICITADOS
() Determinação de Grupo Sanguíneo ABO/Rh(D)
() Pesquisa de Anticorpos Irregulares
() Coombs Direto
() Identificação de Anticorpo Irregular
() Fenotipagem Eritrocitária

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	SEH
	HEMOPI	REV. 00
	SOLICITAÇÃO DE EXAME HEMATOLÓGICO	PAG: 2/3

Médico Solicitante
Assinatura/CRM

Coleta da amostra: data __/__/__ Hora:__:__h Responsável: _____

Recebimento da amostra: data __/__/__ Hora: __/__/__ Responsável: _____

OBS: 1. Para a realização dos exames imunohematológicos é obrigatório o envio de duas amostras do paciente coletadas em tubo com EDTA.

2. Amostras de recém-nascidos e crianças até 4 meses de idade devem vir acompanhadas de amostra da mãe.

3. Os tubos das amostras devem ser identificados com o nome completo do paciente, data de nascimento, localização (hospital/clinica, nº da enfermaria/leito ou apartamento, nº do prontuário), data e hora da coleta e nome do responsável pela coleta.

PARA USO DO LABORATÓRIO DE IMUNOHEMATOLOGIA

EXAME	QUANT.	SUS	CBHPM
Grupo Sanguíneo ABO (direta e reversa) -tubo		02.02.12.002-3	4.04.03.17-3
Grupo Sanguíneo ABO (direta e reversa) -gel		-	4.04.03.18-1
Determinação do Fator Rh(D) incluindo D fraco -tubo		02.02.12.008-2	4.04.03.92-0
Determinação do Fator Rh(D) incluindo D fraco -gel		-	-
Pesquisa de Anticópos Irregulares (PAI) – a 37°C - tubo		02.02.12.006-6	4.04.03.34-3
Pesquisa de Anticópos Irregulares (PAI) método eluição -tubo		02.02.12.005-8	4.04.03.36-0
Pesquisa de Anticópos Irregulares (PAI.) Liss/Coombs -gel		-	4.04.03.35-1
Pesquisa de Anticópos Irregulares (PAI.) Enzimático- gel		-	4.04.03.35-1
Pesquisa de Anticópos Irregulares (PAI.) à frio (4º) -tubo		02.02.12.007-4	4.04.03.37-8
Prova de Compatibilidade -tubo		02.12.01.003-4	4.04.03.40-8
Prova de compatibilidade – Liss/Coombs -gel		-	4.04.03.41-6
Prova de Compatibilidade – Enzimático -gel		-	4.04.03.41-6
Prova de Compatibilidade a frio (4º) – gel		-	4.04.03.41-6
Teste da Antiglobulina Direta monoespecifico (Coombs Direto) - tubo		02.02.02.054-1	4.04.03.68-8
Teste da Antiglobulina Direta poliespecifico (Coombs Direto) -		02.02.02.054-1	4.04.03.68-8

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	SEH
		REV. 00
	HEMOPI	
	SOLICITAÇÃO DE EXAME HEMATOLÓGICO	PAG: 3/3

tubo			
Teste da Antiglobulina Direta monoespecifico (IgG;IgA;IgM;C3d)-gel		-	4.04.03.70-0
Teste da Antiglobulina Direta poliespecifico- gel		-	4.04.03.69-6
Pesquisa de Anti-A e Anti-B em soro de neonatos (IgG)- tubo		-	4.04.03.98-0
Pesquisa de Anti-A e Anti-B em soro de neonatos (IgG)- gel		-	4.04.03.32-7
Identificação de Anticorpos Irregulares (Painel) -tubo		02.02.12.004-0	4.04.03.21-1
Identificação de Anticorpos Irregulares (Painel) método eluição-tubo		02.02.12.006-6	4.04.03.19-0
Identificação de Anticorpos Irregulares (Painel)-Enzimático -tubo		02.02.12.004-0	4.04.03.20-3
Identificação de Anticorpos Irregulares (Painel)- 4°C -tubo		02.02.12.004-0	4.04.03.20-3
Identificação de Anticorpos Irregulares (Painel) -gel		-	4.04.03.23-8
Fenotipagem do Sistema RH-HR (D,C,c,E,e) - tubo		02.02.12.003-1	4.04.03.16-5
Fenotipagem do Sistema RH-HR (D,C,c,E,e) - gel		-	4.04.03.15-7
Fenotipagem outros Sistemas Eritrocitários – por fenótipo -tubo		-	4.04.03.13-0
Fenotipagem outros Sistemas Eritrocitários – por fenótipo -gel		-	4.04.03.14-9
Fenotipagem K, Fya, Fyb, Jka, Jkb em gel		02.12.01.004-2	-
Anticorpos eritrocitários naturais e imunes -Titulagem		02.02.12.010-4	4.04.03.02-5

Observações: _____

Setor de Imunohematologia de Pacientes: Data ____/____/____

Técnico Responsável