

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	FIRT
	HEMOPI	REV. 00
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 1/6

REGISTRO NOTIVISA (Nº):		
DADOS DO PACIENTE:		
Nome do Paciente:		
Nome da Mãe*:		
C.N.S:	Sexo: () Fem () Masc	
D.N*:	Hospital/Clínica:	
Enfermaria/Apto:	Leito:	Prontuário*:
Diagnóstico*:		
Indicação de Transfusão*		
Médico prescritor:		

Data do incidente transfusional: ___/___/___ Horário de início dos sintomas: ___:___h

Tipo de incidente: () Agudo – até 24h da transfusão () Tardio – após 24h da transfusão

Tipo de transfusão: () Alogênica () Autóloga (doador e receptor são a mesma pessoa)

Transfusões prévias: () até 5 () entre 5 e 10 () entre 10 e 20 () mais de 20

() Ignorado () Não houve

História gestacional: ___G___P___A

Incidentes transfusionais prévios: () Sim, tipo: _____

() Não () Ignorado

HEMOCOMPONENTES RELACIONÁVEIS À REAÇÃO:

TIPO	NÚMERO DA BOLSA	DATA DO VENCIMENTO	DATA DE ADMINISTRAÇÃO	HORÁRIO DO INÍCIO	HORÁRIO DO TÉRMINO

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	FIRT
	HEMOPI	REV. 00
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 2/6

LOCAL ONDE FOI REALIZADA A TRANSFUÇÃO:

<input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Hematologia
<input type="checkbox"/> Recuperação Pós-Op.	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Ambulatório de transfusão
<input type="checkbox"/> Centro Obstétrico	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Clínica de Diálise
<input type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Outros- especificar:
<input type="checkbox"/> Transfusão Domiciliar	<input type="checkbox"/> Neonatologia	_____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

<input type="checkbox"/> Febre 38°C/ Aumento de 1°C	<input type="checkbox"/> Dispnéia (falta de ar)	<input type="checkbox"/> Urticária (placas vermelhas)
<input type="checkbox"/> Tremores/ Calafrios	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Tosse/ Rouquidão
<input type="checkbox"/> náuseas/vômitos	<input type="checkbox"/> Hipotensão ()Hipertensão	<input type="checkbox"/> Edema lábio/ periorbital
<input type="checkbox"/> Cianose () Taquicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo
<input type="checkbox"/> Hipotensão () Hipertensão	<input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmão	<input type="checkbox"/> Choque Anafilático
<input type="checkbox"/> Hemoglobinúria	<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória	Outros/Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Ansiedade/ Sensação de Morte		_____

Sinais vitais antes da transfusão: PA_____ P____T_____

Sinais vitais após início dos sintomas: PA_____ P____T_____

Classificação da Gravidade:

- Grau 1 – Leve: Ausência de risco à vida, mesmo requerendo intervenção médica
- Grau 2 – Moderada: Necessidade de hospitalização ou prolongamento desta ou incapacidade
- Grau 3 – Grave: Ameaça imediata à vida em consequência da reação transfusional
- Grau 4 – Óbito: Óbito atribuído a transfusão

Conduta/ Observações:

Funcionário responsável pelo atendimento à reação (ass. e carimbo): _____

Médico assistente (ass. e carimbo): _____

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	FIRT
	HEMOPI	REV. 00
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 3/6

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

Data de coleta da amostra pós-transfusional: ___/___/___ Horário: _____

Responsável pela coleta da amostra pós-transfusional: _____

Data de recebimento da amostra pós-transfusional e bolsa: ___/___/___ Horário: _____

Responsável pelo recebimento da amostra pós-transfusional e bolsa: _____

AMOSTRA PACIENTE	PRÉ-TRANSFUSIONAL	PÓS-TRANSFUSIONAL
Inspeção visual do plasma (límpido, avermelhado, amarronzado)		
ABO/Rh		
PAI		
Anticorpo Identificado		
Auto-controle/TAD (especificar intensidade de aglutinação)		
Eluato		
Anticorpo(s) identificado(s) no eluato		

AMOSTRA BOLSA Nº. Bolsa	ABO/Rh Pré	ABO/Rh Pós	Teste de Hemólise Pré	Teste de Hemólise Pós	PC Pré	PC Pós

Inspeção visual da(s) bolsa(s): () Normal () Anormal () Não realizada

Tipo de anormalidade:

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	FIRT
	HEMOPI	REV. 00
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 4/6

CONDUTA ORIENTADA/ OBSERVAÇÕES:

Médico informado: _____ Data: __/__/__ Horário: _____

Responsável pelos exames

EXAMES BACTERIOLÓGICOS:

Culturas	Resultados (pos, neg, inconclusivo, não-realizado, ignorado. Se positivo, identificar microrganismo isolado)
Paciente	
Bolsas	

ORIGEM DO(S) HEMOCOMPONENTE(S):

Origem Hemocomponente(s): () Hemopi/Teresina () Parnaíba () Picos () Floriano
Agência Transfusional responsável pelas Provas Pré-Transfusionais:

CONCLUSÃO:

Provável grau de correlação com a transfusão:

() Confirmada – quando há evidências claras (clínico/laboratoriais) da relação com a transfusão

() Provável – quando as evidências indicam correlação com a transfusão, mas ainda há dúvidas

() Possível – os sinais e sintomas se correlacionam a outras causas, mas não se pode descartar

() Improvável – quando as evidências se correlacionam a outras causas, mas ainda há dúvidas

() Inconclusiva – quando a investigação não encontrou evidências para confirmar ou descartar

() Descartada – quando as evidências indicam claramente a correlação com outra causa

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ	FIRT
	HEMOPI	REV. 00
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 5/6

TIPO DE INCIDENTE:

Imediato
<input type="checkbox"/> Reação Hemolítica Aguda Imune - RHAI <input type="checkbox"/> Reação Febril Não-Hemolítica - RFNH <input type="checkbox"/> Reação Alérgica leve <input type="checkbox"/> Reação Alérgica moderada <input type="checkbox"/> Reação Alérgica grave <input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica associada a transfusão - TACO <input type="checkbox"/> Contaminação Bacteriana - CB <input type="checkbox"/> Edema Pulmonar Não-Cardiogênico/ TRALI <input type="checkbox"/> Reação Hipotensiva relacionada a transfusão – HIPOT <input type="checkbox"/> Dispnéia associada a transfusão - DAT <input type="checkbox"/> Dor aguda relacionada a transfusão - DA <input type="checkbox"/> Distúrbio metabólicos <input type="checkbox"/> Hemólise Não-Imune <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____

GRAVIDADE:

<p>Grau:</p> <input type="checkbox"/> ausência de risco de vida imediato ou a longo prazo <input type="checkbox"/> risco de vida imediato <input type="checkbox"/> morbidade a longo prazo <input type="checkbox"/> morte
Há suspeita de reação adversa aos produtos de saúde empregados no procedimento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, houve notificação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Em caso afirmativo, qual o nº da notificação de tecnovigilância?

MÉDICO HEMOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: _____

