

[illegible]



CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	FIRT
	REV. 01
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 2/6

LOCAL ONDE FOI REALIZADA A TRANSFUSÃO:

() Centro Cirúrgico	() Clínica Médica	() Hematologia
() Recuperação Pós-Op.	() Clínica Cirúrgica	() Ambulatório de transfusão
() Centro Obstétrico	() UTI	() Clínica de Diálise
() Emergência	() Pediatria	() Outros- especificar:
() Transfusão Domiciliar	() Neonatologia	_____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

() Febre 38°C/ Aumento de 1°C	() Dispnéia (falta de ar)	() Urticária (placas vermelhas)
() Tremores/ Calafrios	() Cianose	() Tosse/ Rouquidão
() náuseas/vômitos	() Hipotensão () Hipertensão	() Edema lábio/ periorbital
() Cianose () Taquicardia	() Taquicardia	() Broncoespasmo
() Hipotensão () Hipertensão	() Edema agudo de pulmão	() Choque Anafilático
() Hemoglobinúria	() Insuficiência Respiratória	Outros/Especificar: _____
() 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 - HEMOPI	FIRT
	REV. 01
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 - HEMOPI

FIRT

REV. 01

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 - HEMOPI

FIRT

REV. 01

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS

PAG: 5/6

TIPO DE INCIDENTE:

Imediato

- () Reação Hemolítica Aguda Imune – RHAi
() Reação Febril Não-Hemolítica - RFNH
() Reação Alérgica leve
() Reação Alérgica moderada
() Reação Alérgica grave
() Sobrecarga volêmica associada a transfusão - TACO
() Contaminação Bacteriana - CB
() Edema Pulmonar Não-Cardiogênico/ TRALI
() Reação Hipotensiva relacionada a transfusão – HIPOT
() Dispneia associada a transfusão - DAT
() Dor aguda relacionada a transfusão - DA
() Distúrbio metabólicos
() Hemólise Não-Imune
() Outros.

Especificar: _____

GRAVIDADE:

Grau:

- () ausência de risco de vida imediato ou a longo prazo () risco de vida imediato
() morbidade a longo prazo () morte

Há suspeita de reação adversa aos produtos de saúde empregados no procedimento?

- () sim
() não

Em caso afirmativo, houve notificação? () sim () não

Em caso afirmativo, qual o Nº da notificação de tecnovigilância?

MÉDICO HEMOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: _____



SECRETARIA
DA SAÚDE - SESAPI



GOVERNO DO
PIAUI
AQUI TEM TRABALHO.
AQUI TEM FUTURO.



CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI

FIRT

REV. 01

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS

PAG: 6/6

OBSERVAÇÕES DO COMITÊ TRANSFUSIONAL:

NÃO CONFORMIDADES ENCONTRADAS

ATUAÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

ASSINATURA DOS MEMBROS DO COMITÊ:

DATA: ____ / ____ / ____

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

12-