

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO SOLICITANTE**

Serviço Solicitante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_

Data da Solicitação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**QUANTITATIVO DE HEMOCOMPONENTES**

|                                               | A+ | A- | B+ | B- | AB+ | AB- | O+ | O- |
|-----------------------------------------------|----|----|----|----|-----|-----|----|----|
| Conc. Hemácias                                |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Hemácias Leucorreduzida                 |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Hemácias Filtrada                       |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Hemácias Filtrada e Irradiada           |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Hemácias Fenotipada                     |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Hemácias Lavado                         |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Leucorreduzida       |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Filtrada             |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Filtrada e Irradiada |    |    |    |    |     |     |    |    |
| CH Reconstituído para Exsanguineotransfusão   |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Plasma Fresco Congelado                       |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Fração Plasma Fresco Congelado                |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Plaqueta                                |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Plaqueta Pool                           |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Conc. Plaqueta Aférese                        |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Crioprecipitado                               |    |    |    |    |     |     |    |    |
| Outros                                        |    |    |    |    |     |     |    |    |

\_\_\_\_\_  
Ass e Carimbo do Responsável Técnico

**Nota: a requisição somente será atendida se TODOS OS DADOS ESTIVEREM PREENCHIDOS CORRETAMENTE E SEM RASURAS**, com assinatura do e carimbo do Responsável Técnico, se as caixas térmicas para transporte estiverem limpas e conforme disponibilidade do estoque.

|                                                                                  |                                                         |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|
|  | CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI   | FRM-EE-003 |
|                                                                                  | FORMULÁRIO                                              | REV.05     |
|                                                                                  | REQUISIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA REPOSIÇÃO DE ESTOQUE | PAG: 2/2   |

| ESPAÇO PARA PREENCHIMENTO PELO HEMOCENTRO                                                                                |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|-----------------------------------------------------------|-----|----|----|
| QUANTITATIVO DE HEMOCOMPONENTES ATENDIDOS                                                                                |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
|                                                                                                                          | A+ | A- | B+ | B- | AB+                                                       | AB- | O+ | O- |
| Conc. Hemácias                                                                                                           |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Hemácias Leucorreduzida                                                                                            |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Hemácias Filtrada                                                                                                  |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Hemácias Filtrada e Irradiada                                                                                      |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Hemácias Fenotipada                                                                                                |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Hemácias Lavado                                                                                                    |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Leucorreduzida                                                                                  |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Filtrada                                                                                        |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Fração de Conc. Hemácias Filtrada e Irradiada                                                                            |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| CH Reconstituído para Exsanguineotransfusão                                                                              |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Plasma Fresco Congelado                                                                                                  |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Fração Plasma Fresco Congelado                                                                                           |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Plaqueta                                                                                                           |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Plaqueta Pool                                                                                                      |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Conc. Plaqueta Aférese                                                                                                   |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Crioprecipitado                                                                                                          |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Outros                                                                                                                   |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| Estoque atendido: (    ) TOTAL                      (    ) PARCIAL<br>Caso PARCIAL: Foi fornecido a quantidade de: _____ |    |    |    |    | Nº Distribuição: _____                                    |     |    |    |
| *Motivo de Fornecimento Parcial: _____<br>_____                                                                          |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| DATA: _____ / _____ / _____                                                                                              |    |    |    |    |                                                           |     |    |    |
| _____<br>Funcionario do Cliente Contratado                                                                               |    |    |    |    | _____<br>Ass. Funcionário do Setor de Estoque e Expedição |     |    |    |