

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	FRM-IHP-001
	FORMULÁRIO	REV. 02
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 2/6

LOCAL ONDE FOI REALIZADA A TRANSFUSÃO:

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

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

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

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	FRM-IHP-001
	FORMULÁRIO	REV. 02
	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	FRM-IHP-001
	FORMULÁRIO	REV. 02
	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	FRM-IHP-001
	FORMULÁRIO	REV. 02
	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 N° da notificação de tecnovigilância?

MÉDICO HEMOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: _____

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI	FRM-IHP-001
	FORMULÁRIO	REV. 02
	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS	PAG: 6/6

OBSERVAÇÕES DO COMITÊ TRANSFUSIONAL:

<u>NÃO CONFORMIDADES ENCONTRADAS</u>	
<u>ATUAÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL</u>	
<u>ASSINATURA DOS MEMBROS DO COMITÊ:</u>	DATA: / /
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
11-	
12-	
13-	
14-	
15-	