

USO DO SOLICITANTE – PREENCHIMENTO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ – SESAPI
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO

RT Nº01
REV. 00

PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL.
PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO
ATENDIDOS.

COLETA DA AMOSTRA PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS:
DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL: ____
RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO E DA AMOSTRA:
DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESPONSÁVEL: ____

HOSPITAL: _____ MUNICÍPIO: _____

Nº CARTÃO DO SUS: _____ Nº CONVÊNIO: _____ ENDEREÇO DO PACIENTE (Rua, Nº, Bairro, CEP, Cidade/UF): _____

RECEPTOR / PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____ COR: _____ SEXO: M ☐ F ☐ PESO: _____ Kg

NOME DA MÃE: _____

☐ ENFERMARIA: ☐ APTº: ☐ LEITO: ☐ PRONTUÁRIO: ☐ CONVÊNIO: ☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:

DIAGNÓSTICO: _____ **CID:** _____

TRANSFUSÃO PRÉVIA: SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO ☐ REAÇÃO TRANSFUSIONAL: SIM ☐ NÃO ☐

SE SIM, DATA DA ÚLTIMA TRANSFUSÃO: ____/____/____ SE SIM, TIPO DE REAÇÃO: _____

HISTÓRIA DE GESTAÇÕES: G ____ P ____ A ____ MEDICAMENTOS: PENICILINA ☐ METILDOPA ☐ DARATUMUMAB ☐ OUTROS: _____

EXAMES: Ht: ____ % Hb: ____ g/dL Plaquetas: ____ /mm³ TP: ____ TTPA: ____ Fibrinogênio: ____

TIPO DE TRANSFUSÃO: PROGRAMADA ____/____/____ HORA: ____ ROTINA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO	QUANT.	VOLUME		HEMODERIVADOS	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS			() FENOTIPADO () FILTRADO () LAVADO () AFÉRESE () IRRADIADO	CONC. FATOR VIII			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS				CONC. FATOR RICO EM VW			
PLASMA FRESCO CONGELADO				CONC. DE FATOR IX			
CRIOPRECIPITADO				CCPA			
OUTROS				FATOR VII			
SANGRIA TERAPÊUTICA				OUTROS			

ASSINATURA MÉDICO/CARIMBO LEGÍVEL **CRM/CPF** **DATA:** _____

BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES DISTRIBUÍDAS / TRANSFUNDIDAS

HEMOCOMP.	Nº. BOLSA	ABO/RH	VOLUME	PROVA CRUZADA	TRANSFUNDIDA	
					SIM	NÃO
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		
				() COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL () NÃO REALIZADO		

Tipagem Receptor (ABO / Rh): _____ **Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI):** _____ **Identificação do Anticorpo Irregular:** _____
() Positiva () Negativa

ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO **LIBERAÇÃO:** _____ **RETIRADA DO HEMOPI:** _____
DATA: ____/____/____ **HORA:** ____ **DATA:** ____/____/____ **HORA:** ____

- Em caso de Pesquisa de Anticorpos Irregulares Positiva os exames complementares necessários para identificação do(s) anticorpo(s) envolvido (s) estão descritos no VERSO da solicitação.
- Em caso de transfusão em recém nascidos deverá ser encaminhada amostra da mãe. No caso de impossibilidade do envio da amostra, preencher termo de responsabilidade médica no VERSO da requisição.
- Em caso de transfusão de emergência ou transfusão com prova cruzada incompatível, preencher termo de responsabilidade no VERSO.

FRENTE

ATENÇÃO: SE HORÁRIOS DIFERENTES, PREENCHER UM PEDIDO PARA CADA HORÁRIO.

Quanto ao tipo, a transfusão pode ser classificada em:

- “Programada”, para determinar dia e hora;
- “Rotina”, a se realizar dentro de 24 horas;
- “Urgência”, a realizar dentro das 3 horas; ou
- “Emergência”, quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar RISCO para a vida do paciente.

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA:

A liberação de concentrado de hemácias sem provas de compatibilidade poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

- O quadro clínico do paciente justifique a **EMERGÊNCIA**, isto é, quando o retardo no início da transfusão possa levar o paciente ao óbito;
- SE NÃO HOUVER AMOSTRA DO PACIENTE NO SERVIÇO**, esta deve ser colhida assim que possível. Nos casos de transfusão em caráter **EMERGÊNCIA**, em que não há tempo para tipificar o sangue do receptor, é recomendável o uso de sangue “O” Negativo. Não havendo este tipo de sangue em estoque no serviço, poderá ser usado sangue “O” Positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade.
- O envio da bolsa não implica na interrupção das provas pré-transfusionais, que devem continuar a ser feitas normalmente. Em caso de anormalidade nestas provas, o médico-assistente deve ser imediatamente notificado, e a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão deve ser tomada em conjunto por este e por médico do Serviço de Hemoterapia.

CONDUTAS EM REAÇÕES TRANSFUSIONAIS AGUDAS

Passos imediatos para todas as reações:

- 1 – Interromper a transfusão
- 2 – Manter veia com infusão de SF 0,9%
- 3 – Notificar equipe médica e Hemocentro.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o (a) paciente acima referido que se encontra sob minha responsabilidade médica.

- ☐ Autorizo a transfusão de hemocomponentes **sem prova de compatibilidade pela emergência do quadro clínico do paciente.**

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

Autorizo a transfusão de hemocomponentes com **prova cruzada incompatível.**

☐ _____
ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

- ☐ Assumo a responsabilidade pelo **não envio da amostra de sangue da mãe** e autorizo a **transfusão de hemocomponentes no recém – nascido.**

ASSINATURA DO MÉDICO/CARIMBO

1.ª VIA – HEMOPI

2.ª VIA – PRONTUÁRIO

EXAMES COMPLEMENTARES	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 Anticorpos Irregulares (PAI) – a 37°C - tubo		02.02.12.006-6	4.04.03.34-3
Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) método eluição -tubo		02.02.12.005-8	4.04.03.36-0
Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI.) Liss/Coombs -gel		-	4.04.03.35-1
Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI.) Enzimático- gel		-	4.04.03.35-1
Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI.) à frio (4°) -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 (4°) – gel		-	4.04.03.41-6
Teste da Antiglobulina Direta monoespecífico (Coombs Direto) -tubo		02.02.02.054-1	4.04.03.68-8
Teste da Antiglobulina Direta poliespecífico (Coombs Direto) - tubo		02.02.02.054-1	4.04.03.68-8
Teste da Antiglobulina Direta monoespecífico (IgG;IgA;IgM;C3d)- gel		-	4.04.03.70-0
Teste da Antiglobulina Direta poliespecífico- 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

VERSO