

# Requisição de Transfusão

Preencher quando não houver etiqueta disponível

Paciente	<input type="text"/>	Nº Prontuário	<input type="text"/>
Nome da Mãe	<input type="text"/>		
Atendimento	<input type="text"/>	Data de nascimento	<input type="text"/>
		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Categoria	<input type="text"/>	Leito	<input type="text"/>
Clínica solicitante	<input type="text"/>	CRM do médico solicitante	<input type="text"/>

## Informações referentes à reserva de sangue

Reservas	<input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Clínica	Data prevista	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>
Cirurgia proposta	<input type="text"/>				

## Informações referentes à transfusão

Transfusão		
<input type="checkbox"/> <b>Não urgente</b> a se realizar dentro das 24h	<input type="checkbox"/> <b>Urgente</b> a se realizar dentro das 3h	<input type="checkbox"/> <b>De extrema urgência</b> (risco de morte) a se realizar dentro de 60 minutos
<b>Programada</b> Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> : <input type="text"/> Local: <input type="text"/>		
Diagnósticos (doenças de base)		
Justificativa		
Reação transfusional prévia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	Histórico de gestações <input type="checkbox"/> Sim G <input type="text"/> P <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	Preparo com pré-medicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
História de Transfusões Prévias: <input type="checkbox"/> Sim Quando: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
Componentes especiais <input type="checkbox"/> Hemácias fenotipadas <input type="checkbox"/> Hemácias lavadas <input type="checkbox"/> Filtro para desleucocitação <input type="checkbox"/> Irradiada		

## Itens Requisitados

Hemocomponentes	Quantidade	Especificações adicionais
Concentrado de hemácias		
Concentrado de plaquetas		
Plasma fresco congelado		
Crioprecipitado		

## Dados Requeridos

Peso do paciente (kg):	Hb g/dl:	Ht %:
Contagem de plaquetas mm <sup>3</sup> :	RNI:	PTT seg:
Fibrinogênio mg/dl:		

## Transfusão sem prova de compatibilidade (iminência de morte)

<input type="text"/> ml de concentrado de hemácias	<b>EMERGÊNCIA</b>
--	-------------------

**O Médico responsável declara que os benefícios, efeitos adversos inevitáveis e riscos das transfusões foram informados ao paciente e/ou a seu responsável e que este entendeu e concordou.**

Solicitação:	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Data		Hora		Médico responsável (assinatura)		Carimbo

## Recebimento pelo Banco de Sangue

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Data		Assinatura