Hospital SANTA IZABEL — SantaCasaBA

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE (RESERVA)

Este documento está de acordo com a Legislação Vigente para o serviço de Hemoterapia. Requisição fora dos padrões descritos no parágrafo anterior, incompleto, ilegível ou rasurada não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia

Nome Completo:			Sexo:
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	Leito:		Convênio:
Médico	HT:	HB:	Plaquetas:
Diagnóstico de internamento:			CID:
			Peso:
Justificativa / Indicação:			

Hemocomponentes Solicitados	Quantidade
( ) Concentrado de Hemácias	
( ) Concentrado de Hemácias Filtradas	
( ) Concentrado de Hemácias Irradiado	
( ) Concentrado de Hemácias Irradiado / Filtrado	
( ) Unidade Concentrado de Plaqueta Aférese	
( ) Unidade Concentrado de Plaqueta Aférese / Irradiado	
( ) Unidade Concentrado de Plaquetas Randômicas Filtradas / Irradiadas	
( ) Unidade Concentrado de Plaquetas Randômicas Filtradas	
( ) Unidade Concentrado de Plaquetas Randômicas	
( ) Unidade Crioprecipitado	
( ) Plasma Fresco	
( ) Outros: _____	

Modalidade Transfusional

☐ Programado	Em até 24 horas	☐ Urgente	A ser realizado em até 3 Horas
☐ Rotina	A ser realizada em até 6 horas	☐ Emergência	Quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente - Até 1 hora

Antecedentes Transfusionais

☐ O paciente já recebeu transfusões? ☐ Apresentou reação?

Qual?

☐ Cirurgia: (Sangramento ou possibilidade de sangramento intra-operatório maior que 750ml ou 15% da volemia)		Observação Médica:
Tipo de Cirurgia:		
Data da Previsão:		
Reserva Cirurgia? ☐ Sim ☐ Não		
Anemia Falciforme? ☐ Sim ☐ Não	Aplasia Medular? ☐ Sim ☐ Não	Histórico Gestacional? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura

Médico Solicitante	Data da Solicitação
_____ (Assinatura / Carimbo)	_____ / _____ / _____