



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA

CPT

Sistema de Gestão da Qualidade

Revisão: 04

Cadastro de Pacientes Transfundidos

Página: 1/1

Revisado em 01/09/2022

Entidade Jurídica:

Nomes Completos
(sem abreviações)

Paciente:

Pai:

Mãe:

Nº. Documento Identidade (RG):

Sexo:

 Masc. Fem.

Data de Nascimento:

____/____/____

Tip. ABO/Rh:

Nº RG Hospitalar:

 SUS Particular Convênio

Qual : _____

Instruções Gerais:

- 1 - Favor preencher todos os campos a máquina ou com letra de forma legível e sem abreviações.
- 2 - Este documento deverá conter o carimbo e assinatura do médico responsável pelo serviço de hemoterapia do hospital.
- 3 - Encaminhar este formulário semanalmente ao setor de Fracionamento e Estoque de Hemocomponentes - Hemocentro de Marília.

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de início da transfusão	Horário do final da transfusão
		____/____/____		
Nº da Bolsa			FLAG	Observações/Reações Transfusionais

OBSERVAÇÕES: Reações Transfusionais

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Reação febril não hemolítica | 6. Sobrecarga volêmica |
| 2. Reação alérgica leve | 7. Reação hemolítica aguda(especificar causa) |
| 3. Reação alérgica moderada | 8. Reação hemolítica tardia |
| 4. Reação alérgica grave | 9. Alterações metabólicas |
| 5. Choque/Contaminação bacteriana | 10. Outras (Especificar) |

Médico (Carimbo e Assinatura)

--