

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA	SHT
	Sistema de Gestão da Qualidade	Revisão: 02
	Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão	Página: 1/1

Revisado em 01/09/2022

Serviço solicitante:	Telefone/Ramal
----------------------	----------------

Funcionário da Instituição Solicitante:	Cidade:	Data: _____/_____/_____
---	---------	-------------------------

Nome do Paciente (completo e sem abreviações):

Nº Registro Hospitalar:	Nº. Identidade (RG) / Órgão Expedidor:	CNS – Cartão Nacional de Saúde
-------------------------	--	--------------------------------

Raça/Cor: 01 () Branca 02 () Negra 03 () Parda 04 () Amarela 05 () Indígena 99 () Sem informação	Sexo: () Masc. () Fem.	Data Nascimento: ____/____/_____	ABO/Rh	Peso:	HT:	HB:
---	------------------------------------	--	---------------	--------------	------------	------------

Nome do Pai:	Nome da Mãe:
--------------	--------------

Endereço de residência:

Rua _____ Nº.: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Fone de Residência: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Diagnóstico:

() SUS – AIH Nº _____	Indicação:
() Particular	
() Convênio. Qual? _____	

Hemocomponentes	Unidades	ml	Informações importantes para solicitações de procedimentos Imunohematológicos												
Concentrado Hemácias			<p>Tem transfusão anterior ?: () Não () Sim. Quando ____/____/____</p> <p>Teve gestações: () Sim () Não () Não sei</p> <p>Testes pré-transfusoriais: ABO / Rh: _____</p> <p>Coombs Direto: () Positivo () Negativo</p> <table border="1"> <tr> <td>P.A.I.</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>AC</td> </tr> <tr> <td>Leitura Imediata</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AGH</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Medicamentos em uso: (se necessário use o verso)</p>	P.A.I.	I	II	AC	Leitura Imediata				AGH			
P.A.I.	I	II		AC											
Leitura Imediata															
AGH															
Concentrado Hemácias Lavadas															
Concentrado Hemácias Filtradas															
Concentrado Hemácias Filtradas e Lavadas															
Concentrado Hemácias Filtradas e Irradiadas															
Concentrado Hemácias Lavadas e Irradiadas															
Conc. Hemácias Filtradas, Lavadas e Irradiadas															
Concentrado Plaquetas															
Concentrado Plaquetas Irradiadas															
Concentrado Plaquetas por Aférese Irradiadas															
Plasma Fresco Congelado															
Crioprecipitado															
Outros:															

Carimbo com Nome, CRM legível e assinatura do médico do serviço de hemoterapia solicitante.

IAI (Identificação de anticorpos irregulares) e/ou
Observações: (se necessário use o verso)

- Serão atendidas somente as requisições corretamente preenchidas e assinadas por médicos.
- As solicitações de hemocomponentes com necessidade de exames imunohematológicos complementares serão atendidos com tempo mínimo de 12 horas a partir da entrega no Laboratório de Imuno-hematologia do Hemocentro.

Campos para Uso Exclusivo do Hemocentro de Marília

Nº da guia de solicitação:	Responsável saída dos hemocomponentes:	Data: _____/_____/_____
----------------------------	--	-------------------------