

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ M ☐ F Registro: _____

Leito/setor: _____

Se etiqueta disponível, cole-a aqui.

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Nome do paciente: _____		Idade: _____	Peso: _____
Sexo: F M	Convênio: _____	Data de Nasc.: ____/____/____	

Tipo de transfusão:

- ☐ De urgência (até 3 horas) ☐ De urgência (até 6 horas) ☐ De rotina (até 24 horas)
☐ Reserva cirúrgica para dia ____/____/____ ☐ Programada – Data: ____/____/____ Hora: ____:____

☐ Extrema urgência/ Emergência – Eu, médico assistente do paciente, concordo com a realização da transfusão sem as provas pré-transfusionais, em caráter de emergência, devido às condições clínicas do paciente e risco de morte.

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do médico: _____

(Transfusão de emergência – assinatura obrigatória)

Diagnóstico da doença de base/ Principal: _____

Indicação da transfusão (diagnóstico da internação): _____

Reação transfusional anterior? ☐ Sim ☐ Não. Qual? _____ **Transfusões anteriores?** ☐ Sim ☐ Não

Paciente tem Neoplasia? ☐ Sim ☐ Não **Insuficiência renal crônica em HD?** ☐ Sim ☐ Não

Em quimioterapia? ☐ Sim ☐ Não **Candidato a transplante?** ☐ Sim ☐ Não

Uso de Daratumumabe? ☐ Sim ☐ Não **Gestações anteriores?** ☐ Sim ☐ Não

Localização do paciente:

- ☐ Quarto/Leito: _____ ☐ Centro Cirúrgico: _____
☐ CTI/Leito: _____ ☐ Day clinic/leito: _____
☐ Emergência/Leito: _____ ☐ Outros: _____

Hemocomponentes	Quantidade	Intervalo	Resultado de exames
Concentrado de hemácias filtrado			Ht ou Hb:
Plasma fresco congelado			TAP/INR:
Concentrado de plaquetas filtrado			Cont. plaquetas:
Concentrado de plaquetas de aférese filtrado			Cont. plaquetas:
Crioprecipitado			Fibrinogênio:
Sangria terapêutica			Ht ou Hb:
Aférese terapêutica/ Qual: _____			
Outros			

Exames: ☐ Tipagem sanguínea ABO/Rh ☐ PAI (Pesquisa de anticorpos irregulares) ☐ Coombs direto
☐ Fenotipagem eritrocitária ☐ Sorologia HIV/Hepatite B e C ☐ Eluato

Procedimentos Especiais: ☐ Fenotipado ☐ Irradiado ☐ Lavado
☐ Pré-medicação (especificar): _____

Nome do médico: _____

(Letra legível e carimbo)

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

PROCEDIMENTOS PARA COMPONENTES CELULARES (HEMÁCIAS E PLAQUETAS)	INDICAÇÕES
DELEUCOTIZADO (FILTRO DE LEUCÓCITOS) A leucorredução é feita mediante um filtro especial que reduz o número de leucócitos em 99,99%. É utilizada para concentrado de hemácias e plaquetas e tem como objetivo evitar complicações decorrentes da transfusão de leucócitos, incluindo reações febris não hemolíticas, refratariedade plaquetária e transmissão de citomegalovírus. Previne rejeição de órgãos transplantados, aloimunização contra antígenos HLA.	100% dos atendimentos
IRRADIADO A irradiação de hemocomponentes é utilizada para prevenir a doença do enxerto <i>versus</i> hospedeiro transfusional (TA-GVHD), complicação imunológica usualmente fatal, causada pela enxertia e expansão clonal dos linfócitos do doador em receptores suscetíveis.	• Transfusão intrauterina; • Imunodeficiências congênitas; • Transplante de medula óssea (autólogo ou alogênico), de células progenitoras de sangue periférico, ou até a suspensão da imunossupressão / recuperação medular (linfócitos >1000). Transplante de células tronco de cordão umbilical; • Pacientes tratados com análogo de purinas (fludarabina, cladribina, deoxicorformicina); • Transfusão de hemocomponentes de parentes de primeiro grau (pai, mãe, irmão); • Receptor de transplante de coração/pulmão; • Em vigência de terapia imunossupressora nos pacientes com: linfomas, leucemias, anemia aplásica, sarcoma e neuroblastoma; • Exsanguíneo-transfusão; • Transfusão em recém-nascidos prematuros de baixo peso (<1200g) e/ou prematuros (<28 semanas); • Componentes HLA selecionados/específicos, mesmo em imunocompetentes.
PRÉ-MEDICAÇÃO / LAVAGEM Indicada somente na reação alérgica grave (anafilaxia) e nos pacientes com deficiência de IgA	Conduta para prevenção das seguintes reações: • Alérgica leve: anti-histamínico (difenidrin 50mg IV 30 minutos antes da transfusão); • Alérgica moderada: anti-histamínicos + corticosteróides (Ex: difenidrin 50mg IV + hidrocortisona 100mg IV), 30 minutos antes da transfusão; • Alérgica grave: lavar o hemocomponente e avaliar a necessidade de pré-medicação.
FENOTIPADO A fenotipagem compatibiliza o perfil antigênico eritrocitário do paciente e da bolsa a ser transfundida.	• Pacientes Aloimunizados contra antígenos eritrocitários; • Politransfundidos; • Possibilidade de entrar em esquema de transfusão crônica, hemoglobinopatias; • Pacientes oncohematológicos; • Doença renal crônica em hemodiálise

CONDUTA EM CASO DE SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL AGUDA
1- Interromper a transfusão e manter o acesso venoso com SF 0,9% 2- Notificar médico do plantão e serviço de hemoterapia CONTATO HEMOTERAPIA: (21) 99786-9217