



Data de nascimento: ____/____/____
Sexo: ☐ M ☐ F Registro: ____
Leito/Setor: ____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

FORMULÁRIO PARA TRANSFUSÃO INTRAOPERATÓRIA
CONCENTRADO DE PLAQUETAS / CRIOPRECIPITADO

Procedimento Transfusional:

Horário de Início: ____

Horário de Término: ____

Intercorrências transfusionais? () não () sim

Em caso de intercorrências transfusionais, relatar abaixo:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

Cole aqui a etiqueta da bolsa transfundida

PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Transfusionista ciente da transfusão em centro cirúrgico no dia ____/____/____ às ____:____h.

Colaborador (carimbo e assinatura): _____

PROTOCOLO DE HEMOVIGILÂNCIA

Busca ativa de reação transfusional – 24h Data ____/____/____ Hora ____:____

Apresentou sinais ou sintomas de reação? ☐ Sim ☐ Não Quais? _____

Responsável (carimbo e assinatura): _____