

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: ☐ M ☐ F Registro: ____

Leito/Setor: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui.

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE SANGUE RhD POSITIVO EM PACIENTE RhD NEGATIVO

Nome do Paciente: _____

Matrícula ou Registro: _____ Data da Transfusão: ____/____/____

Resultado da Pesquisa e Identificação de Anticorpos Irregulares:

Motivo da autorização:

Confirmo que autorizo a transfusão de sangue RhD incompatível para o (a) paciente acima especificado(a).

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

Assinatura e carimbo do Hemoterapeuta do Serviço de Hemoterapia