



BANCO DE SANGUE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL



Preencher quando não houver etiqueta

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Registro Hospitalar: _____

Hospital: _____ Unidade: _____ Leito: _____

AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL

Amostra Válida? ☐ Sim (amostra suficiente e dentro da validade) ☐ Não (realizar a coleta da amostra)

COLETA DA AMOSTRA - DUPLA CHECAGEM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Responsável pela Coleta: _____ Responsável pela Conferência: _____
(dupla checagem)

CHECAGEM PRÉ-TRANSFUSIONAL

Tipo	Número bolsa	ABO/RH	Tipo	Número bolsa	ABO/Rh

☐ Filtrado ☐ Fenotipado
☐ Irradiado ☐ Lavado

Compatível? ☐ Sim ☐ Não

Acesso: _____

PACIENTE ABO/Rh: _____ PAI: _____ Setor/leito: _____

1ª Checagem: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

2ª Checagem: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

Etiquetas transfusionais devem ser coladas no verso deste impresso

ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL

Tempo máximo de infusão de 4 horas

	Início	10 minutos	Intermediário	Término	Apresentou sinais ou sintomas de reação?
Horário					☐ Sim ☐ Não Quais? _____
Temperatura (°C)					
FC (bpm)					
PA (mmHg)					
Responsável: (carimbo e assinatura)					Responsável: (carimbo e assinatura)
Crítérios de contraindicação de transfusão			PA > 150x100 mmHg Temperatura > 37,2 °C FC > 120 bpm		

Comunicar o médico e seguir orientação quanto ao início ou retardo da transfusão

PROTOCOLO DE HEMOVIGILÂNCIA

BUSCA ATIVA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL - 24H Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

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

Responsável: (Carimbo e assinatura)

CONTROLE DAS ETIQUETAS DOS HEMOCOMPONENTES TRANSFUDIDOS

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

COLE A ETIQUETA AQUI

ORIENTAÇÕES PARA COLETAS DE AMOSTRAS PRÉ TRANSFUSIONAIS

1. Confirmar prescrição médica do hemocomponente no Prontuário e a existência do TCLE;
2. Confrontar a identificação do paciente - nome e data de nascimento. Para pacientes adultos e conscientes: solicitar que o próprio, diga seu nome completo e a data de nascimento, sem induzi-lo. Comparar essas informações com as constantes na pulseira de identificação e na solicitação de transfusão;
3. Identificar as amostras do paciente com a etiqueta.

CONDUTA EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. Interromper a transfusão e manter acesso venoso salinizado (soro fisiológico a0,9%);
2. Notificar imediatamente: a equipe médica do Hospital e GSH;
3. Não descartar a bolsa, acondicioná-la em saco plástico fechado e com equipo e aguardar o recolhimento pela equipe do GSH.

PRINCIPAIS REFERÊNCIA DE DOCUMENTOS (POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO)

POP. Coleta de Amostra de Sangue de Pacientes para Exames POP. Transfusão de Hemocomponentes POP. Reação Transfusional