

UNIDADE ADMINISTRATIVA: _____

IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÕES DE TRANSFUÇÃO

Nome civil (registro): _____

Nome social: _____

Sexo: _____ Gênero: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município de residência: _____

Prontuário: _____ CPF: _____ Clínica: _____ Leito: _____

Internação:

SIA e SIH/SUS _____

Convênio: _____ registro: _____

Particular

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

(HOSPITALAR)

Hemoglobina: _____g% Hematócrito: _____% Plaquetas: _____/mm3 RNI _____ Ptt _____s Fibrinogênio _____mg/dl

Recebeu transfusão? _____ Quando? (última) ____/____/____ Onde? _____ Gestações? G ____ P ____ A _____

Reação Transfusional? _____ Qual: _____ Preparo pré tx _____

Diagnósticos / Indicação Clínica: _____

Medicação em uso _____

Distúrbio de Coagulação? Não Sim Qual: _____

Aloimunizado? Não Desconhecido Sim – Qual(is) anticorpo(s): _____

Risco de sobrecarga de volume (TACO)? Não Sim. Medidas de prevenção: _____

DESCRIÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES PRODUZIDOS PELA FUNDAÇÃO HEMOMINAS ESTÃO NO VERSO DA SOLICITAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE

TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUÇÃO

O atendimento a esta solicitação dependerá dos estoques de sangue disponíveis na Agência Transfusional (AT). Caso não haja disponibilidade de algum hemocomponente específico solicitado, o médico da AT avaliará a possibilidade de adequação do atendimento.

ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE	TIPO DE ATENDIMENTO / TRANSFUÇÃO			
	Urgente (em 3 horas)	Rotina (em 24 horas)	Programada (acima de 24 horas) Data: ____/____/____ Hora: _____	Reserva cirúrgica
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS Volume adulto 1 bolsa padrão e Volume em criança <30kg - 10ml/kg até 20ml/kg <input type="checkbox"/> Desleucocitado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Fenotipado <input type="checkbox"/> Lavado* *uso justificado	____ Unid. ou ____ ml	____ Unid. ou ____ ml	____ Unid. ou ____ ml	____ Unid ou ____ ml
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS Dose Padrão 6 U adulto = 1Pool/aférese Criança 5 a 10ml/kg <input type="checkbox"/> Pool Desleucocitadas <input type="checkbox"/> Randômicas <input type="checkbox"/> Irradiadas <input type="checkbox"/> Aférese Desleucotizadas	____ Unid ou ____ ml	____ Unid ou ____ ml	____ Unid ou ____ ml	____ Unid ou ____ ml
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO (volume em ml)	_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO (UNIDADES)	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid.	_____ Unid

← CIRURGIA ____/____/____ ÀS _____ HORAS CIRURGIA PROPOSTA: _____

← TRANSFUÇÃO DE EMERGÊNCIA – SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE (TERMO ASSINADO, NO VERSO) _____ UNIDADES DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

MÉDICO SOLICITANTE: (Nome legível / CRM ou Carimbo)

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

Recebido por: _____

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



Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para transfusão de hemocomponentes

Unimed 
Gov. Valadares

Eu, _____, paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz: _____, estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue e/ ou seus componentes (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado ou crioprecipitado), indicada pelo(a) Dr.(a) _____, CRM _____. Estou ciente de que serei submetido à transfusão de sangue e/ou seus componentes cujos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas de tratamento foram explicados pelo médico de referência. Confirmando que recebi as explicações sobre as possibilidades de terapêuticas alternativas e sobre a indicação da transfusão, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Fui informado pelo médico do Hospital Unimed Governador Valadares, de que a Fundação Hemominas cumpre as normas técnicas da legislação vigente. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção criteriosa dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV, Hepatite B e Hepatite C, persiste um risco, ainda que pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente devido à “janela imunológica”. Esta “janela imunológica” é o período em que o doador contraiu alguma infecção, mas os exames ainda não são capazes de detectá-la.

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações adversas durante, imediatamente após, ou mesmo tardiamente após sua realização, tais como reações alérgicas, febre, calafrio, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos. Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição são tomados para se evitar ao máximo estas reações. Na eventualidade da ocorrência de reações transfusionais adversas, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado pelo médico do Hospital Unimed Governador Valadares, que após receber a transfusão e ser liberado, a procurar o serviço de emergência, caso apresente febre, mal estar geral ou outra manifestação clínica não habitual e orientado a comunicar esta intercorrência à unidade onde fui transfundido.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao procedimento transfusional e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.



Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para transfusão de hemocomponentes

Unimed 
Gov. Valadares

- ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes.
- NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, _____ de _____ de _____.
Local data

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, PELO MÉDICO, EM CASO DE EMERGÊNCIA/RISCO DE MORTE

Eu, _____,
CRMMG: _____, responsável pelo esclarecimento do tratamento instituído, declaro que não foi possível a apresentação deste TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES, por tratar-se de situação de emergência e/ou risco de morte.

Assinatura e Carimbo do Médico

_____, _____ de _____ de _____.
Local data