



# FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA TRANSFUSÃO

Código: *FAT*

Revisão: *0*

Documento relacionado: *POP Gsat 005*

## PARTE 1: Preenchimento da Agência Transfusional (AT): \_\_\_\_\_

Setor de destino: \_\_\_\_\_

Tipo de hemocomponente: ( ) CH ( ) PFC ( ) Plaquetas ( ) Crio

Etiqueta de identificação do receptor  
(etiqueta de coleta de amostra)

Identificação da caixa: \_\_\_\_\_ Identificação do lbutton: \_\_\_\_\_

Preparado por (nome/matricula): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## PARTE 2: Preenchimento do setor responsável pela transfusão - Setor: \_\_\_\_\_

Recebimento - Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

1. Preencha todas as informações de forma completa, legível e sem rasuras.
2. A caixa deve ser lacrada na presença de responsável do setor solicitante da transfusão, após conferência da(s) bolsa(s)
3. Não encaminhe as bolsas para outro setor sem comunicação prévia à Agência Transfusional.
4. Devolva em até 4hs as bolsas não infundidas e/ou bolsas infundidas parcialmente.
5. Retire as bolsas da caixa térmica **somente** no momento da transfusão.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº prontuário: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Conferência de Requisitos	Nº da bolsa:		Nº da bolsa:	
	Conforme	NC	Conforme	NC
Inspecção visual (aspecto, coloração, integridade)				
Rótulo da bolsa (validade, numeração, ABO/Rh)				
Dados do paciente na etiqueta da bolsa (ABO/Rh, nome, D.N.)				
Identificação do paciente (nome, data de nascimento)				
Caixa lacrada – Hora: ____:____ Observações: _____				

Recuse o recebimento de hemocomponentes com qualquer suspeita de desvio de qualidade ou divergência de informações.

### Pré-infusão

Abertura da caixa - Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Temperatura da caixa: \_\_\_\_\_ °C

1. Toda transfusão deve estar prescrita no prontuário do paciente.
2. Comunique à Agência Transfusional qualquer não conformidade (NC) ou intercorrência e aguarde a resolução para iniciar a transfusão.
3. Nunca perfure nem acrescente nada à bolsa. Não compartilhe o acesso venoso da transfusão com medicamentos ou soluções, exceto soro fisiológico. Isso poderá provocar hemólise!
4. O hemocomponente não pode ser aquecido sem equipamento específico para a finalidade e não deve ser colocado sob água corrente.
5. Realize identificação positiva do paciente. Acompanhe a infusão à beira do leito nos primeiros 10 minutos.
6. Os hemocomponentes deverão ser instalados um por vez. Não instalar mais de uma bolsa ao mesmo tempo.
7. Utilize equipos específicos para transfusão e não reaproveite o equipo utilizado – um equipo por bolsa.
8. Registre as informações de forma completa no cartão de transfusão afixado à bolsa e no prontuário do paciente (número da bolsa, horário, sinais vitais, intercorrências)

**PREENCHA OS DADOS DA TRANSFUSÃO NO VERSO**

**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DA TRANSFUSÃO**Código: *FAT*Revisão: *0*Documento relacionado: *POP Gsat 005*

Hemocomponente	Início da transfusão	Término da transfusão	
<i>Etiqueta da prova de compatibilidade (afixada pela Agência Transfusional)</i>	Data:	Data:	<input type="checkbox"/> Transfusão completa <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Transfusão incompleta - suspensa, interrompida ou reação transfusional: devolver bolsa à Agência Transfusional
	Hora:	Hora:	
	PA: ____x____ mmHg	PA: ____x____ mmHg	Intercorrência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - colete nova amostra e comunique imediatamente a AT.
	FC/Pulso: ____ bpm	FC/Pulso: ____ bpm	
	Temperatura: ____ °C	Temperatura: ____ °C	
	FR: ____ irpm	FR: ____ irpm	

- |                                      |  |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Calafrios   | <input type="checkbox"/> Dor no local da punção  | <input type="checkbox"/> Hipotensão         | <input type="checkbox"/> Tosse         |
| <input type="checkbox"/> Febre       | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidades | <input type="checkbox"/> Hipertensão        | <input type="checkbox"/> Eritema       |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Ansiedade               | <input type="checkbox"/> Choque             | <input type="checkbox"/> Rouquidão     |
| <input type="checkbox"/> Urticária   | <input type="checkbox"/> Cianose Central         | <input type="checkbox"/> Vômito             | <input type="checkbox"/> Pápulas       |
| <input type="checkbox"/> Tremores    | <input type="checkbox"/> Dispneia                | <input type="checkbox"/> Hematúria          | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Náusea      | <input type="checkbox"/> Cefaleia                | <input type="checkbox"/> Outros (descreva): |  |

**Condutas imediatas adotadas:**

Responsável (nome/matricula):

<i>Etiqueta da prova de compatibilidade (afixada pela Agência Transfusional)</i>	Data:	Data:	<input type="checkbox"/> Transfusão completa <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Transfusão incompleta - suspensa, interrompida ou reação transfusional: devolver bolsa à Agência Transfusional
	Hora:	Hora:	
	PA: ____x____ mmHg	PA: ____x____ mmHg	Intercorrência: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - colete nova amostra e comunique imediatamente a AT.
	FC/Pulso: ____ bpm	FC/Pulso: ____ bpm	
	Temperatura: ____ °C	Temperatura: ____ °C	
	FR: ____ irpm	FR: ____ irpm	

- |                                      |  |   |  |
|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Calafrios   | <input type="checkbox"/> Dor no local da punção  | <input type="checkbox"/> Hipotensão         | <input type="checkbox"/> Tosse         |
| <input type="checkbox"/> Febre       | <input type="checkbox"/> Cianose de extremidades | <input type="checkbox"/> Hipertensão        | <input type="checkbox"/> Eritema       |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Ansiedade               | <input type="checkbox"/> Choque             | <input type="checkbox"/> Rouquidão     |
| <input type="checkbox"/> Urticária   | <input type="checkbox"/> Cianose Central         | <input type="checkbox"/> Vômito             | <input type="checkbox"/> Pápulas       |
| <input type="checkbox"/> Tremores    | <input type="checkbox"/> Dispneia                | <input type="checkbox"/> Hematúria          | <input type="checkbox"/> Dor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Náusea      | <input type="checkbox"/> Cefaleia                | <input type="checkbox"/> Outros (descreva): |  |

**Condutas imediatas adotadas:**

Responsável (nome/matricula):

**DEVOLVA PARA A AGÊNCIA TRANSFUSIONAL:** este formulário preenchido, a caixa térmica com *logger* de temperatura e qualquer resíduo de hemocomponente por transfusão interrompida ou suspeita de reação transfusional.

**PARTE 3: Preenchimento da Agência Transfusional**Retorno da caixa: Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_ Retorno lbutton:  Sim  Não

Recebido por (nome/matricula): \_\_\_\_\_

Temperatura entre fechamento e abertura da caixa: Máxima: \_\_\_\_°C Mínima: \_\_\_\_°C

Temperatura		Destino do(s) hemocomponente(s)		RNC e notificação NOTIVISA
<input type="checkbox"/> Conforme	<input type="checkbox"/> Não conforme	<input type="checkbox"/> Descarte	<input type="checkbox"/> Reintegração estoque AT	

Observações: \_\_\_\_\_