



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL -
REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA IMUNOLÓGICA (RHA)
- FIRT - RHA

Preenchimento da Agência Transfusional

1. Identificação do paciente

Nome Completo: _____

Data de nascimento: ___/___/______ Sexo: () Feminino () Masculino () Ignorado

Hospital: _____ Unidade: _____ Leito: _____

Número do prontuário: _____

2. Dados clínicos do paciente

Diagnósticos médicos: _____

Indicação da transfusão: _____

Medicações em uso: _____

3. Dados da transfusão

Tipo de hemocomponente	Nº do Hemocomponente	Validade	Data e hora do início da transfusão	Data e hora do término da transfusão	Transfusão interrompida (S/N)?

Tipo de hemocomponente: CH: Concentrado de Hemácias CRIO: Crioprecipitado PIC: Plasma Isento de Crioprecipitado

CP: Concentrado de Plaquetas PFC: Plasma Fresco Congelado

4. Informações sobre a ocorrência

Data e hora: ___/___/______ às ___ h ___ min

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Unidade: () Hospital () Ambulatório () UPA () Outro: _____

Notificação no NOTIVISA:

() Sim - Número da notificação: _____

() Não - Justifique: _____

Sinais e sintomas do paciente:

- () Inquietação, ansiedade (sensação de morte iminente)
 () Dor abdominal, lombar ou em flancos
 () Hipotensão grave
 () Taquicardia
 () Febre
 () Tremores/calafrios
 () Dor no local da venopunção
 () Hemoglobinúria
 () Epistaxe
 () Oligúria/anúria; insuficiência renal
 () Outros: _____

Sinais vitais:

Pré-transfusionais: T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____
 Pós-transfusionais: T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____

Ações imediatas tomadas:

() Não () Sim - Descreva: _____

5. Investigação da Reação Transfusional

Análises da amostra do paciente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/RH		
Pesquisa de Anticorpos Irregulares		
Prova de Compatibilidade		
Coombs Direto		

Análises do hemocomponente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/RH		
Teste de hemólise		
Inspeção visual da bolsa	() Normal () Anormal	() Normal () Anormal
	() Não realizada	() Não realizada

Exames do paciente	Pré-transfusional	Pós-transfusional
Hemoglobina		
Hematócrito		
Leucócitos		
Bilirrubina indireta		
DHL		
Fibrinogênio		
Haptoglobina		

NOTA: Os resultados de exames imunohematológicos realizados pela GEIH/FHB-DF, quando disponíveis, devem ser anexados ao processo.

6. Houve identificação de falhas que possam ter levado à transfusão incompatível?

() Sim () Não

7. Desvio de procedimento identificado:

() Identificação incorreta do receptor

() Identificação incorreta das amostras coletadas para realização dos testes pré-transfusionais

() Troca de hemocomponente e/ou amostra

() Não se aplica

Outros: _____

8. Trata-se de transfusão de hemocomponente sabidamente incompatível, realizada mediante autorização médica?

() Não () Sim.

Descreva:

9. Observações:
