



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1

Preenchimento da Agência Transfusional

1. Identificação do paciente

Nome do paciente: _____

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: _____

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL
CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1**

Sinais e sintomas do paciente:

() Febre (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)

() Tremores, calafrios

() Hipotensão

() Taquicardia, dispneia

() Náuseas, vômitos

() Outros: _____

Sinais vitais:

Pré-transfusionais:

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____

Pós-transfusionais:

T: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ Hora: _____

Ações imediatas:

() 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



FUNDAÇÃO
Hemocentro
DE BRASÍLIA

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL
CONTAMINAÇÃO BACTERIANA 1 – FIRT-CB 1

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

Hemocultura do paciente antes da transfusão:

Data: ___/___/___ - () Negativa () Positiva - Microorganismo: _____
() Não realizada

Hemocultura do paciente após a transfusão:

Data: ___/___/___ - () Negativa () Positiva - Microorganismo: _____
() Não realizada

NOTA: Outros resultados de exames laboratoriais, evoluções médicas do paciente, registro de sinais vitais, quando disponíveis, devem ser anexados ao processo.

6. Observações: _____

Encaminhe a ficha em processo SEI para a Gerência de Hemovigilância - Gvig/Dihemo/Unitec/PR/FHB-DF.