

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL
TRALI - FIRT-TRALI

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: _____

Sinais e sintomas do paciente:

- () Dispneia, hipoxemia com saturação de O₂ < 90%
- () Hipotensão
- () Taquicardia
- () Febres, tremores
- () 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 |



F U N D A Ç Ã O
Hemocentro
D E B R A S Í L I A

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL
TRALI - FIRT-TRALI

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

Necessidade de suporte respiratório?

() Não () Sim - Descreva: _____

Gasometria arterial:

pH:_____ pO₂:_____ HCO₃:_____ pCO₂:_____

Dosagem de Peptídeo Natriurético Atrial - BNP: _____

Exame de imagem do torác:

() Raio X () Tomografia

Laudos: _____

NOTA: Outros resultados de exames laboratoriais, 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.