



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO



Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Paciente (nome completo): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO, LEGÍVEL E SEM ABREVIATURAS

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Sexo: M  F  Quantas gestações prévias? \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indicação para Transfusão: \_\_\_\_\_

Antecedentes Transfusoriais: O paciente já recebeu outras transfusões?  Não  Sim  Ignorado

Data da última transfusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reação transfusional prévia?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

**Modalidade da Transfusão:**

- Programada para a data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
 Rotina – em até 24 horas  
 Urgente – em até 3 horas  
 Emergência – Assinar Declaração Médica  
 Reserva para cirurgia. Data cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Resultados Laboratoriais que justifiquem a indicação:**

Hb \_\_\_\_\_ g/dl Ht: \_\_\_\_\_ % Plaquetas \_\_\_\_\_ x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>  
TP: \_\_\_\_\_ TTPa: \_\_\_\_\_ Fibrinogênio: \_\_\_\_\_ mg/dl

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE (UN.)
Conc. Hemácias (CH)	
Conc. Plaquetas (CP)	
Plasma Fresco (PFC)	
Crioprecipitado (CRIO)	
Aférese de plaquetas	
Outros	

**Procedimentos especiais (justificar)**

( ) Irradiado ( ) Lavado ( ) Filtrado ( ) Fenotipado

**Justificativas e Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico solicitante (CRM/Carimbo/Assinatura) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ :

**“O serviço de hemoterapia não deve aceitar requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis”.**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA EM TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA**

(Preenchimento OBRIGATÓRIO pelo médico solicitante da Transfusão, sempre que a modalidade de transfusão for Emergência)

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM/DF \_\_\_\_\_, autorizo a transfusão de **EMERGÊNCIA, SEM CONCLUSÃO DAS PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS**, por se tratar de situação clínica em que o retardo do início da transfusão pode acarretar risco de morte para o paciente. Após o envio do hemocomponente os testes devem ser realizados normalmente e devo ser comunicado(a) em caso de anormalidades nos resultados. Fui informado(a) quanto aos riscos transfusionais associados a esse procedimento.

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável pela autorização (Nome / Assinatura / CRM)

**PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

1. Observações: \_\_\_\_\_

**Recebimento/entrega** Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_. Responsável: \_\_\_\_\_

**Liberação** Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Dados do Receptor**

ABO/ Rh(D) PAI

RESPONSÁVEL:



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO



**PARA USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

**2. Unidades de hemocomponentes transfundidas:**

Nº DOAÇÃO/ TIPO HEMOCOMPONENTE ABO/RH(D)	VOLUME e VALIDADE	INSP VISUAL	TÉCNICO EXAMES	TÉCNICO TRANSFUSÃO	DATA e HORA	SINAIS VITAIS – Pré e Pós Transfusão
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C
						<b>Pré Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C <b>Pós Transfusionais</b> PA: ____x____ mmHg Pulso: ____ bpm Temperatura: ____ °C