



# HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA

CPT

Sistema de Gestão da Qualidade

Revisão: 04

Cadastro de Pacientes Transfundidos

Página: 1/1

Revisado em 01/09/2022

## Entidade Jurídica:

Nomes Completos (sem abreviações)	Paciente:		
	Pai:		
	Mãe:		
Nº. Documento Identidade (RG):	Sexo:	Data de Nascimento:	Tip. ABO/Rh:
	( ) Masc. ( ) Fem.	/ /	
Nº RG Hospitalar:	( ) SUS	( ) Particular	( ) Convênio Qual: _____

## Instruções Gerais:

- 1 - Favor preencher todos os campos a máquina ou com letra de forma legível e sem abreviações.
- 2 - Este documento deverá conter o carimbo e assinatura do médico responsável pelo serviço de hemoterapia do hospital.
- 3 - Encaminhar este formulário semanalmente ao setor de Fracionamento e Estoque de Hemocomponentes - Hemocentro de Marília.

Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais
Nome do Hemocomponente	TIPO ABO/Rh	Data da Transfusão	Horário de inicio da transfusão	Horário do final da transfusão
		/ /		
Nº da Bolsa	FLAG			Observações/Reações Transfusionais

## OBSERVAÇÕES: Reações Transfusionais

1. Reação febril não hemolítica
2. Reação alérgica leve
3. Reação alérgica moderada
4. Reação alérgica grave
5. Choque/Contaminação bacteriana
6. Sobre carga volêmica
7. Reação hemolítica aguda(especificar causa)
8. Reação hemolítica tardia
9. Alterações metabólicas
10. Outras (Especificar)

## Médico (Carimbo e Assinatura)