



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA

SHT

Sistema de Gestão da Qualidade

Revisão: 02

Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão

Página: 1/1

Revisado em 01/09/2022

Serviço solicitante:	Telefone/Ramal	
Funcionário da Instituição Solicitante:	Cidade:	Data:

Nome do Paciente (completo e sem abreviações):							
Nº Registro Hospitalar:	Nº. Identidade (RG) / Órgão Expedidor:		CNS – Cartão Nacional de Saúde				
Raça/Cor: 01 () Branca 02 () Negra 03 () Parda 04 () Amarela 05 () Indígena 99 () Sem informação	Sexo: () Masc. () Fem.	Data Nascimento: ____ / ____ / ____		ABO/Rh	Peso:	HT:	HB:
Nome do Pai:		Nome da Mãe:					

Endereço de residência:							
Rua _____ N°: _____							
Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____							
Fone de Residência: () _____ Celular: () _____							
E-mail: _____							

Diagnóstico:							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

() SUS – AIH Nº _____ () Particular () Convênio. Qual?	Indicação:
---	------------

Hemocomponentes	Unidades	ml	Informações importantes para solicitações de procedimentos imunohematológicos			
Concentrado Hemácias			Tem transfusão anterior?: () Não () Sim. Quando ____ / ____ / ____			
Concentrado Hemácias Lavadas			Teve gestações: () Sim () Não () Não sei			
Concentrado Hemácias Filtradas			Testes pré-transfusionais: ABO / Rh: _____			
Concentrado Hemácias Filtradas e Lavadas			Coombs Direto: () Positivo () Negativo			
Concentrado Hemácias Filtradas e Irradiadas			P.A.I.	I	II	AC
Concentrado Hemácias Lavadas e Irradiadas			Leitura Imediata			
Conc. Hemácias Filtradas, Lavadas e Irradiadas			AGH			
Concentrado Plaquetas			Medicamentos em uso: (se necessário use o verso)			
Concentrado Plaquetas Irradiadas						
Concentrado Plaquetas por Aférese Irradiadas						
Plasma Fresco Congelado						
Crioprecipitado						
Outros:						

Carimbo com Nome, CRM legível e assinatura do médico do serviço de hemoterapia solicitante.	IAI (Identificação de anticorpos irregulares) e/ou Observações: (se necessário use o verso)
---	---

- Serão atendidas somente as requisições corretamente preenchidas e assinadas por médicos.
- As solicitações de hemocomponentes com necessidade de exames imunohematológicos complementares serão atendidos com tempo mínimo de 12 horas a partir da entrega no Laboratório de Imuno-hematologia do Hemocentro.

Campos para Uso Exclusivo do Hemocentro de Marília

Nº da guia de solicitação:	Responsável saída dos hemocomponentes:	Data: ____ / ____ / ____
----------------------------	--	-----------------------------