



## SOLICITAÇÃO DE COMPONENTES DO SANGUE E SANGRIA TERAPÊUTICA

Atendimento: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Data do Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_  
Enfermaria e Leito: \_\_\_\_\_ Cat: SUS( ) Part.( ) Conv.( ) Qual? \_\_\_\_\_ Outros ( )  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dl Htc: \_\_\_\_\_ % Plaquetas: \_\_\_\_\_ Outros dados Lab.: \_\_\_\_\_  
Recebeu Transfusão? Sim ( ) Não ( ) Quando? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_  
Múltipara? Sim ( ) Não ( ) Quantas Gestações: \_\_\_\_\_  
Solicitou doadores de reposição? \_\_\_\_\_  
Indicação Clínica / Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PRIORIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

- ( ) **Emergência**, sem teste de compatibilidade. LEIA E ASSINE O VERSO  
( ) **Urgência**: Atendimento em Até 03 horas da chegada do pedido.  
( ) **Rotina**: Atendimento em até 24 horas da chegada do pedido.  
( ) **Programada**: Para dia \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_  
( ) **Reserva de Sangue**. Obrigatório o preenchimento a seguir:  
Possível transfusão de URGÊNCIA: Sim ( ) Não: ( )  
Solicito \_\_\_\_\_ ml de \_\_\_\_\_  
Solicito \_\_\_\_\_ ml de \_\_\_\_\_ e/ou unidade(s) de \_\_\_\_\_

Chegada do pedido <b>PROVA CRUZADA</b> Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Técnico: _____
--

**Cirurgia proposta** \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ no **HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS**.  
OBS: A reserva para cirurgia eletiva deverá ser encaminhada juntamente com a amostra do paciente à Agência Transfusional com 01 dia de antecedência. A não observação desse critério cancela automaticamente este pedido.

### REQUISIÇÃO (vide verso)

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias (CHM)  
\_\_\_\_\_ ml de Plasma Fresco Congelado (PFC)  
\_\_\_\_\_ unidades de Concentrado de Plaquetas (PQ)  
\_\_\_\_\_ unidades de crioprecipitado (CRIO)  
\_\_\_\_\_ ml de sangria terapêutica

#### PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- ( ) Irradiados  
( ) Deleucotizados  
( ) Lavados - Somente agendados  
( ) Fenotipados

**Hemoderivados (Industrializados) - Tipo e Quantidade:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observações do médico assistente e/ou hemoterapeuta:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médico Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura com carimbo ou nome por extenso com CRM)

OBS: O médico requisitante deverá prescrever as transfusões nas folhas de prescrição nos prontuários do paciente conforme as normas técnicas vigentes.

