

# SOLICITAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES

UNIDADE ADMINISTRATIVA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO, DADOS CLÍNICOS E INDICAÇÕES DE TRANSFUSÃO

Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

{ \_\_\_\_\_ Ambulatório: \_\_\_\_\_

Apto: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Internação  SIH - SUS - nº AIH \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

NOME E Nº DO REGISTRO \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g% Hematócrito: \_\_\_\_\_ % Plaquetas: \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup>

Recebeu transfusão: \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Quantas Gestações? \_\_\_\_\_ Qtos. Partos? \_\_\_\_\_ Qtos. Abortos? \_\_\_\_\_

Diagnóstico e Indicação Clínica: \_\_\_\_\_

Distúrbio de Coagulação? \_\_\_\_\_

Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_

**SOLICITOU DOADORES?** \_\_\_\_\_

## REQUISIÇÃO (VIDE-VERSO)

### ESPECIFICAÇÃO DO COMPONENTE

### TIPO DE ATENDIMENTO

#### TRANSFUSÃO

ROTINA

URGÊNCIA  
RELATIVA

URGÊNCIA  
ABSOLUTA

RESERVA

CIRURGIA  
DE  
URGÊNCIA

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias

\_\_\_\_\_ ml de Plasma Fresco Congelado

\_\_\_\_\_ unidades de Concentrado de Plaquetas

\_\_\_\_\_ unidades de Crioprecipitado

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias Lavadas

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias Deleucotizadas

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias Irradiadas

\_\_\_\_\_ Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Cirurgia Eletiva em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.

Transfusão de Emergência - sem teste de compatibilidade  
(vide verso):

\_\_\_\_\_ ml de Concentrado de Hemácias

\_\_\_\_\_ ml de Sangue Total.

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

