



FICHA DE TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

Paciente:				Prontuário:				Idade:			
Grupo sanguíneo:				Diagnóstico:				Médico solicitante:			
Hemocomponentes solicitados		CH: unidades		CP: unidades		PFC: unidades		CRIO: unidades			

SEQ	DATA	TIPO	NÚMERO DA BOLSA	Validade bolsa	INÍCIO DA TRANSFUSÃO						FINAL DA TRANSFUSÃO					
					Hora de início	PA	T	P	R	Profissional responsável	Hora de Término	PA	T	P	R	Profissional responsável
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Tipo: concentrado de hemácias (CH), concentrado de plaquetas (CP), plasma fresco congelado (PFC) e crioprecipitado (CRIO)

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS (NOTIFICAR À AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)

ATENÇÃO: Esta ficha não substitui a notificação de hemovigilância. Para notificar, acesse o QR code ou o link: <https://forms.office.com/r/XyyVLYYTW3>

- | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|
| () Ansiedade | () Dor abdominal | () Hemoglobinúria | () Rouquidão | () Urticária |
| () Calafrio | () Dor lombar | () Hipertensão arterial | () Soroconversão | () Vômito |
| () Choque | () Dor torácica | () Hipotensão arterial | () Taquicardia | |
| () Cianose de extremidades | () Edema agudo de pulmão | () Icterícia | () Taquipneia | |
| () Cianose labial | () Eritema | () Náuseas | () Tosse | |
| () Dispneia | () Febre | () Pápulas | () Tremores | Profissional responsável: |



ANAMNESE DA ENFERMAGEM (RELATAR OUTROS SINAIS E SINTOMAS E CONDUTAS ADOTADAS):

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Baseado na Portaria de Consolidação N° 5 de 2017, Anexo IV, artigo 190, § 1º e na RDC N° 34 de 2014, artigo 144.