|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO,DADOSCLÍNICOSEINDICAÇÕESDETRANSFUSÃO** |
|  |
| **GRUPO SANGUÍNEO DO PACIENTE (ABO/RhD):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **ANTICORPO IRREGULAR? ( ) SIM : Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) NÃ0**  |
| **( ) CONCENTRADO DE HEMÁCIAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ML: ( )FILTRADA ( ) FENOTIPADA ( ) IRRADIADA** **FENÓTIPO DESEJADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **( ) CONCENTRADO DE PLAQUETAS : ( ) DOSE ADULTO / ( ) DOSE PEDIÁTRICA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ML ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unidades*** **Dose adulto : 06 U concentrado de plaquetas / 01 bolsa de plaquetaferese / 01 bolsa de pool de concentrado de plaquetas**
 |
| **( ) PLASMA FRESCO CONGELADO : ( ) BOLSAS 200 ML / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ML (PEDIÁTRICO)** |
| **( ) CRIOPRECIPITADO : ( ) BOLSAS / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ML (PEDIÁTRICO)** |
| **ATENÇÃO****O atendimento aestasolicitaçãoserá emcaráter EMERGENCIAL. O fornecimentoda(s)bolsa(s) solicitada(s)dependerá(ão)da disponibilidadeda(s)mesma(s)nosestoquesdehemocomponentesdaUnidadedaFundaçãoHemominas.A(s)bolsa(s)disponibilizada(s)será(ão)faturada(s)emcasodepaciente não atendido via SUS.Paraadisponibilizaçãoda(s)bolsa(s)solicitada(s)oserviçosolicitantesecomprometeaseguirasrecomendaçõesdescritasnocartãotransfusionalafixadoabolsa,devolverabolsa(transfundidaou não)ematé48horasàFundaçãoHemominas(FH), conforme RDC ANVISA 151 / 2001 - Art.8º,ecomunicaraFHnocasodereaçãotransfusional,(VIDE“NORMASOBRIGATÓRIASDESEGURANÇATRANSFUSIONAL”NOVERSODESTEIMPRESSO)****DE ACORDO:** (**carimboeassinaturadomédico assistente)** |
| **MÉDICOSOLICITANTE(CARIMBO/CRMMG)** | **ASSINATURA** | **DATA** / /  |
| **RECEBIDOPOR: DATA**: **HORA**: |

|  |
| --- |
| **NORMASOBRIGATÓRIASDESEGURANÇATRANSFUSIONAL** |

|  |
| --- |
| * **Sóiniciarainfusão datransfusãosomentesehouverprescriçãomédicaesehouverprofissionalmédico presente no Hospital;**
* **Conferirosdadosdo cartãotransfusional(afixadoabolsa)com osdadosdo paciente(em casodedúvidanão transfundir);**
* **Aferirosdadosvitaisdo paciente(PA/pulso /temperatura)antesdeiniciaratransfusão;**
* **O tempo médioparaserealizarainfusãodabolsadeconcentradodehemáciaséde2horaseo máximo 4horas;**
* **Aguardarosprimeiros10minutosaolado do paciente,apósiniciarainfusãodatransfusão;**
* **Emcasodereaçãotransfusional(febre/calafrios/urticária/dispnéia/choqueanafilático/malestarsúbito/ hipertensãoou hipotensão,dentreoutros),interromperainfusão,comunicaraomédico assistente,manteracesso**

**venoso com SF0,9%,coletarumaamostradesangueem EDTA,recolherabolsaeenviá-lajuntamentecom aamostraa****FundaçãoHemominas;**- **Registrarobrigatoriamenteasinformações do cartãotransfusional,osdadosvitaispréepóstransfusãoe observaçõesclínicasno prontuário do paciente.** |
| **INDICAÇÃOCLÍNICAEESPECIFICAÇÃOTÉCNICADOSHEMOCOMPONENTES** |
| **COMPONENTE** | **COMPOSIÇÃO** | **VOLUMEAPROX.** | **INDICAÇÃO** |
| **Concentradodehemácias (CH):** | **Hemácias; plasmaempequenovolume;2000-3 000x106leucócitosresiduais** | **270ml** | **Restabelecera capacidadedetransportedeO2ea massa eritrocitária.** |
| **CHpadrão** |
| **CHdesleucocitado** | **Hemácias;<1x106leucócitosresiduais;** | **250ml** | **RN, pacientespolitransfundidos,hemoglobinopatias, exsanguineo-transfusão,pacientesCMVnegativos,****candidatosaTMOouc/ reaçõesfebrisrecorrentes,TIU.** |
| **CHlavado** | **Hemácias,proteínas<0,5g/ unidade,SF0,9%** | **250ml** | **Pacientesque apresentamreaçõesalérgicasgraves** |
| **CHcomcamadaleuco-plaquetáriaremovida** | **Hemácias, <1200x106leucócitosresiduais,soluçãoaditiva** | **270ml** | **Pacientesque apresentamreaçõesalérgicasou reações febris** |
| **CHirradiado** | **Hemácias;plasmaempequeno volume;linfócitosTresiduaisinativados** | **270ml** | **Transplantede medula óssea,transfusãointrauterina,****exsanguineo-transfusão,RN <1200g,aplasiade medula óssea,doadorconsanguíneo** |
| **Concentradodeplaquetas(CP):** | **>5,5x1010deplaquetas/unidade;plasma,<200x106leucócitosehemáciasresiduais** | **40-70 ml** | **Sangramentoativocomplaquetopeniaspordeficiência medularoutrombocitopatiascongênitas.Preparoparaprocedimentosinvasivosempacientesplaquetopênicos.** |
| **CP(obtidodesanguetotal)** |
| **Plaquetaferese(CPAF)** | **>3.0x1011plaquetas;<1x106leucócitos residuais;plasma** | **≥200ml** | **Politransfundidos,refratários a CP, candidatos a TMO, reaçãotransfusional febril,pacientesCMVnegativos.** |
| **PooldeConc. dePlaquetas** | **>3.0x1011plaquetas;****250x106leucócitosresiduais;plasma** | **300ml** | **Umabolsaequivaleadoseterapêuticaparaadulto(>40 Kg)deconc. deplaquetas** |
| **CPdesleucocitado** | **<1x106leuc(poolouCPAF)ou <0,83x 106 leuc(CP)** | **Videacima** | **Indicaçõessemelhantes aoCH desleucocitado** |
| **CPirradiado** | **LlinfócitosTresiduaisinativados** | **Videacima** | **Indicaçõessemelhantes aoCH desleucocitado** |
| **Plasmafrescocongelado(PFC)** | **Todos osfatoresdacoagulaçãosanguínea** | **≥150ml** | **Sangramentoativo ou preparo préoperatório na deficiênciadefatoresdecoagulação.** |
| **Crioprecipitado(CRIO)** | **80a 100UI defatorVIII,20%a 30%defatorXIII****150a 300mg defibrinogênio,40%a70%de fatorvonWillebrand.** | **10-20ml** | **ReposiçãodefatorvonWillebrand(quandooproduto purificadonãoé disponível)ede****fibrinogênio.** |
| **TRANSFUSÃODEEMERGÊNCIA,SEM TESTEDECOMPATIBILIDADE**: |
| **Existe riscodereaçãohemolíticapor anticorpos irregulares e,portanto, a transfusãodeemergênciasemtestedecompatibilidadesóéindicadaquandoháriscodevidaenãosepodeaguardarotemponecessárioparaarealizaçãodostestespré-transfusionais(30minutosapósentregadaamostranaFundaçãoHemominas).Assinaturaobrigatóriaparaatendimentoàsolicitação****MÉDICOREQUISITANTE,CIENTEEDEACORDO(CARIMBOEASSINATURA):**  |
| **ESPAÇORESERVADOEXCLUSIVAMENTEPARAUSO DAAGÊNCIATRANSFUSIONAL** |
| **HEMOCOMPONENTES** | **ABO/Rh(D)** | **NUMERAÇÃODASBOLSAS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RESPONSÁVELPELOS TESTES: DATA: / /**  |