*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(local e data)*

À unidade da Fundação Hemominas *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(nome da unidade que atende ao estabelecimento de saúde)*

Senhor(a) Gerente Técnico(a),

Comunico a identificação de sorologia positiva de receptor(a) de hemocomponente distribuído pela Fundação Hemominas:

Nome completo do receptor(a): \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo da mãe do receptor(a):\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raça/cor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de prontuário:\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº do cartão SUS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agente(s) infeccioso(s):\* *(especificar os agentes investigados na triagem laboratorial de doadores de sangue: vírus da hepatite B (HBV), da hepatite C (HCV), da imunodeficiência humana adquirida (HIV), vírus linfotrópico das células T humanas (HTLV), doença de Chagas) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* conforme resultado laboratorial anexo.

Estado sorológico prévio à transfusão:\* [ ] negativo [ ] desconhecido

Hemocomponentes transfundidos:\* (*tipo de hemocomponente (concentrado de hemácias - CHM, concentrado de plaquetas- CPQ ou plasma - PFC), número da bolsa e data da transfusão)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo\* | Nº da bolsa\* | Data da transfusão\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

CONTINUA

**OBSERVAÇÃO: \* - campos de preenchimento obrigatório**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo\* | Nº da bolsa\* | Data da transfusão\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nº da notificação no Notivisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do estabelecimento de saúde:\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNES\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CNPJ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do notificador: \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro profissional:\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conselho profissional:\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura e carimbo

**OBSERVAÇÃO: \* - campos de preenchimento obrigatório**