REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO – frente

"Não serão aceitas pelo serviço de hemoterapia requisições fora dos padrões, incompletas, ilegíveis ou rasuradas. " (Portaria GM/MS n° 11.685/2026)

Características da Transfusão

☐ Programada para: ___/___/___ Hora: _____ ☐ Reserva para procedimento. Dia: _____/___/____

☐ Rotina (até 24h) ☐ **EMERGÊNCIA – ASSINAR TERMO NO VERSO**

☐ Urgência (em até 3 h)

Cartão Nacional do SUS: | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Nome da mãe: _____ CPF_____-_____

DN: ___/___/_____ Idade: _____Peso: _____Kg Registro:_____Enf. /Leito: _____ Ramal: _____

Diagnóstico(s): _____

Indicação clínica/Procedimento: _____CID:_____

Em casos de gestação

Número de gestações: _____ Abortamentos: _____ Idade gestacional:_____ semanas

Antecedentes transfusionais

Transfusão prévia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

Reação transfusional prévia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

Tipo de reação: _____Hemocomponente: _____

Exames laboratoriais

Ht(%):_____Hb(g/dL): _____Plaquetas(mm3): _____

Fibrinogênio: _____mg/dL TTPa: _____INR: _____

Sangramento ativo? ☐ Não ☐ Sim / Tipo: _____

Na indisponibilidade de plaquetas isogrupo ABO/RhD, autorizo uso de não isogrupo compatível: ☐ Sim ☐ Não

Hemocomponentes solicitados

Concentrado de hemácias: _____

Plasma Fresco Congelado: _____

Crioprecipitado: _____

Concentrado de plaquetas: _____

Concentrado de plaquetas aférese: _____

☐ Sangria terapêutica: _____mL

☐ Aférese terapêutica

☐ Filtrado ☐ Irradiado ☐ Lavado

☐ Fenotipado:_____

Data/ hora do pedido: _____/_____/_____ _____h____min

Nome completo/carimbo com CRM-DF / assinatura:_____

Tipagem do paciente	**Pesq. Antic. Irregulares**	**Prova Compatibilidade**	**Téc. Responsável**

	Data da Transfusão	Horário	N° bolsa	ABO/Rh	Validade bolsa	Produto	Volume (mL)	Transfusionista
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO – verso

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

De acordo com o Art. 174 da Portaria GM/MS n° 11.685 de 02 de julho de 2026 e RDC/Anvisa n° 34, de 11 de junho de 2014, as transfusões de urgência e emergência de sangue total ou concentrados de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais, nas quais qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente, podem ser liberadas obedecendo as seguintes condições:

I. o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo do início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;
II. existência do procedimento escrito no serviço que justifique, estipulando o modo que essa liberação será realizada;
III. termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento;
IV. Os testes pré-transfusionais devem ser finalizados, mesmo que a transfusão tenha sido completada.

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Eu, Dr(a) _____CRM _____
venho me responsabilizar pelo ato transfusional sem o término dos testes pré-transfusionais e por quaisquer consequências que este ato possa causar se a emergência houver sido criada por esquecimento, omissão ou pela indicação da transfusão sem aprovação prévia nos protocolos definidos.

Justificativa Clínica:

( ) Hemorragia grave/ameaçadora à vida
( ) Choque séptico/hipovolêmico/cardiogênico
( ) Hipóxia
( ) Anemia grave
( ) _____

_____

_____

_____

Assinatura com carimbo: _____
Data: ____/____/_____