

**ER**Instituto de Infectologia  
EMÍLIO RIBAS"Cada vida um ensino,  
Cada ensino mil vidas".**Requisição de Transfusão  
de Sangue**

<b>Paciente</b>	Etiqueta de Identificação									
	Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena							Peso: _____ Kg		
	Diagnóstico e Justificativa									
	Hb	Ht	Plaquetas	TP/TTPA	Fibrinogênio	Gestação Prévia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorada				
	Transfusão Prévia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorada			Reação Transfusional Prévia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		Tipo de Reação		Qual Hemocomponente?		
Hemocomponente Solicitado <input type="checkbox"/> Concentrado de hemácias <input type="checkbox"/> Filtrado <input type="checkbox"/> Plasma Fresco Congelado <input type="checkbox"/> Concentrado de plaquetas <input type="checkbox"/> Irrradiado <input type="checkbox"/> Crioprecipitado								Quantidade  UI / ml		
<b>Características da Transfusão</b>	<b>MODALIDADE DA TRANSFUÇÃO</b>									
	<input type="checkbox"/> Programada para ____/____/____ Hora ____ : ____ <input type="checkbox"/> ROTINA - a se realizar dentro de 24 horas. <input type="checkbox"/> URGÊNCIA - a se realizar dentro de 03 horas. <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA (Quando qualquer retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente). Assinar termo de responsabilidade no verso da 1ª via.									
	Nome completo do Médico solicitante / CRM							Data		
Assinatura							Hora			
<b>Para Uso do Banco de Sangue</b>	Nº amostra	Tipagem Paciente	P. Ac. Irregulares		Iden. Ac. Irregulares		Téc. Responsável			
	Prova de Compatibilidade		Técnico / Biologista Responsável / Conferido				Liberação da bolsa			
	Data Liberação		Hora Liberação		Data Retirada		Hora Retirada			
	Nº Bolsas Preparadas			Ret.	Nº Bolsas Preparadas			Ret.		

1ª via - Agência Transfusional 2ª via - Prontuário do Paciente

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5 Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE, DOU 03/10/2017

Art. 170. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente;

II - existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta 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; e

IV - as provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

§ 1º A indicação de transfusões de emergência deve ser previamente definida em protocolo

elaborado pelo Comitê Transfusional da instituição de assistência à saúde em que esta ocorrerá,

§ 2º O médico solicitante deve estar ciente dos riscos das transfusões de urgência ou emergência e será responsável pelas consequências do ato transfusional, se esta situação houver sido criada por seu esquecimento, omissão ou pela indicação da transfusão sem aprovação prévia nos protocolos definidos pelo Comitê Transfusional.

§ 3º Se não houver amostra do paciente no serviço de hemoterapia, esta será colhida assim que possível.

§ 4º Nos casos de transfusão na modalidade de emergência, em que não houver tempo para tipagem do sangue do receptor, é recomendável o uso de hemácias O RhD negativo.

§ 5º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 4º, caso não haja o tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de hemoterapia, poderá ser usado O RhD positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade.

§ 6º As amostras de pacientes submetidos a transfusão de emergência devem ser colhidas antes da transfusão ou pelo menos antes da administração de grande quantidade de componentes sanguíneos, pois isto pode comprometer o resultado dos testes pré-transfusionais.

§ 7º A equipe médica deve observar que na maioria das emergências é possível realizar a tipagem ABO do receptor, possibilitando o uso de sangue isogrupo.

§ 8º Em situações de emergências concomitantes, recomendam-se cuidados adicionais na identificação dos pacientes e preconiza-se a utilização de hemácias O, reduzindo, assim, o risco de incompatibilidade ABO por erro de identificação.

§ 9º Constará dos rótulos dos componentes sanguíneos, de forma clara, a informação de que foram liberados sem a finalização dos testes pré-transfusionais, quando for o caso.

§ 10. A opção pelo tipo sanguíneo a ser transfundido nas situações de emergência fará parte de protocolo específico mencionado no inciso II do "caput", a ser mantido por cada serviço de hemoterapia.

Art. 171. O envio do componente sanguíneo não implica a interrupção dos testes prétransfusionais, que continuarão sendo realizados.

Parágrafo Único. Em caso de anormalidade nos testes de que trata o "caput", o médico assistente será imediatamente notificado, e a decisão sobre a suspensão ou continuação da transfusão será tomada em conjunto com o médico do serviço de hemoterapia.

Eu, Dr(a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

declaro que li as informações acima e estou ciente dos riscos. Solicito a liberação do hemocomponente para este paciente sem o término dos testes pré-transfusionais porque o retardo desta transfusão acarretará risco para sua vida.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo