



INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

DIS 025
Rev. 04
Pág 1/2

PREENCHIMENTO NO HOSPITAL

HOSPITAL:

TELEFONE:

PACIENTE (NOME COMPLETO):

DATA DE NASCIMENTO:

Nº PRONTUÁRIO:

SEXO: masculino feminino

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:

TRANSFUSÕES PRÉVIAS: até 5 entre 5 e 10 entre 10 e 20 mais de 20 não houve ignorado

DATA E HORÁRIO DA TRANSFUSÃO:

DATA E HORÁRIO DA REAÇÃO:

SINAIS VITAIS

PRÉ TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Frequência resp:	Sat.O ₂ :
PÓS TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Frequência resp:	Sat.O ₂ :

HISTÓRIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS PRÉVIAS:

 sim não ignorado

HEMOCOMPONENTE:

Nº DOAÇÃO

Nº SUS

VOLUME

 Filtrado Lavado Irradiado

Prescrito:

Infundido:

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CALAFRIOS | <input type="checkbox"/> CIVD | <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS | <input type="checkbox"/> DISPNEIA | <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA |
| <input type="checkbox"/> DOR LOMBAR | <input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO (TRALI) | <input type="checkbox"/> URTICÁRIA |
| <input type="checkbox"/> CHOQUE | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> VÔMITOS |
| <input type="checkbox"/> FEBRE | <input type="checkbox"/> PRURIDO | <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA |
| <input type="checkbox"/> CIANOSE | <input type="checkbox"/> ERITEMA | <input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR: |

OBSERVAÇÕES:

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:

ASSINATURA/CARIMBO:

CONDUTA CLÍNICA ADOTADA

MÉDICO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA/CARIMBO:

RECEBIMENTO NO HEMEPAR

 Amostra paciente Hemocultura Paciente Bolsa Hemocultura Bolsa

RESPONSÁVEL

ASSINATURA/CARIMBO:

DATA:

HORA:



INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

DIS 025

Rev. 04

Pág 2/2

PREENCHIMENTO NO HEMEPAR

ANÁLISES NA AMOSTRA DO PACIENTE	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/Rh		
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES		
ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S)		
PROVA DE COMPATIBILIDADE		
COOMBS DIRETO		
ELUATO		
ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S) NO ELUATO		

ANÁLISES NO HEMOCOMPONENTE

ABO/Rh		
TESTE DE HEMÓLISE		

INSPEÇÃO VISUAL DA BOLSA Normal Anormal Não realizada/ indisponível

ANORMALIDADE:

RESPONSÁVEL	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:
-------------	---------------------	-------	-------

HEMOCULTURA DO PACIENTE

 Não realizada Inconclusiva Negativa Positiva Microorganismo:

HEMOCULTURA DO HEMOCOMPONENTE

 Não realizada Inconclusiva Negativa Positiva Microorganismo:

RESPONSÁVEL	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:
-------------	---------------------	-------	-------

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

GRAU DE CORRELAÇÃO COM A TRANSFUSÃO:

 CONFIRMADA PROVÁVEL POSSÍVEL IMPROVÁVEL DESCARTADA INCONCLUSIVA

REAÇÃO TRANSFUSIONAL

Imediata (até 24 horas)	Tardia (após 24 horas)
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> REAÇÃO HEMOLÍTICA TARDIA
<input type="checkbox"/> REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO
<input type="checkbox"/> REAÇÃO ALÉRGICA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> ALOIMUNIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> SOBRECARGA VOLÊMICA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> PÚRPURA PÓS TRANSFUSIONAL
<input type="checkbox"/> CONTAMINAÇÃO BACTERIANA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIFICAR:
<input type="checkbox"/> EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO/TRALI	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> REAÇÃO HIPOTENSIVA	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> HEMÓLISE NÃO IMUNE	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA ASSOCIADA À TRANSFUSÃO	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> DISPNEIA ASSOCIADA À TRANSFUSÃO	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> DISTÚRPIO METABÓLICO	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:	ASSINATURA/CARIMBO:
--------------------------------	---------------------

CONDUTA CLÍNICA RECOMENDADA

MÉDICO RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:
---------------------	---------------------