|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEMOCOMPONENTE** | | | | | | **GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD** | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | A | | | | B | | | AB | | QTE |
| POS | | NEG | | POS | | NEG | | POS | NEG | | POS | NEG |
| **ESTOQUE ATUAL** | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ALIQUOTADA **NEO** | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| HEMOCOMPONENTES CONGELADOS | | | | | GRUPO SANGUÍNEO ABO | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | A | | | | B | | | AB | | QTE |
| PLASMA FRESCO CONGELADO | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| CRIOPRECIPITADO | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
| **SOLICITADO** | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ALIQUOTADA **NEO** | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FENOTIPADAS | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| OUTROS | | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| HEMOCOMPONENTES CONGELADOS | | | | | GRUPO SANGUÍNEO ABO | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | | A | | | | B | | | AB | | QTE |
| PLASMA FRESCO CONGELADO | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | GRUPO NÃO AB | | | | | | | | | | | AB | | QTE |
| CRIOPRECIPITADO (\*) | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |  |
| **OBSERVAÇÕES**   1. **Pacientes que necessitem de atendimento prioritário nas modalidades de urgência/emergência devem ser justificados clinicamente no verso do pedido, se necessário fazer contato com médico responsável pela unidade do Hemominas.** 2. **Hemocomponentes congelados são compatibilizados apenas ABO não há necessidade de compatibilizar RhD.** 3. **(\*) Pedidos de bolsas de crioprecipitado serão atendidos por número de bolsas solicitado (e não especificamente por grupo sanguíneo);**   **em caso de necessidade de envio de bolsas AB, favor justificar por escrito, para análise (prioridade para atendimento pediátrico)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO** | AUTORIZO O SR. (A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PORTADOR DO DOCUMENTO Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA DO PEDIDO: | |  |  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | **ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO** | | | | | | | | | | | | **CRM** | | | |
| **HEMOCOMPONENTE** | | | | | | **GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD** | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | A | | | | | B | | | AB | | QTE |
| POS | NEG | | POS | | NEG | | | POS | NEG | | POS | NEG |
| **ATENDIDO** | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOCITADA | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS ALIQUOTADA **NEO** | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FENOTIPADAS | | | | |  |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |
| HEMOCOMPONENTES CONGELADOS | | | | | GRUPO SANGUÍNEO ABO | | | | | | | | | | | | | |
| O | | | A | | | | | B | | | AB | | QTE |
| PLASMA FRESCO CONGELADO | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| CRIOPRECIPITADO | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | |  |
| DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA:\_\_\_\_:\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RESPONSÁVEL MASP | | | | | | | | | | | | | |
| O atendimento seguirá conforme estoque e de acordo com as urgência justificas.  A requisição que não for justificada não será atendida prioritariamente e os hemocomponentes somente serão liberados se estiverem disponíveis. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE HEMOCOMPONENTEE QUANTIDADE** | | **Concentrado de Hemácias**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | **Plasma Fresco Congelado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | | | | | | **Crioprecipitado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas** | | | | | | |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MODIFICAÇÃO IRRADIAÇÃO DESLEUCOCITAÇÃO LAVAGEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO DO PACIENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SEXO: M F** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE É ALOIMUNIZADO: SIM NÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS CLÍNCOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE HEMOCOMPONENTEE QUANTIDADE** | | **Concentrado de Hemácias**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | **Plasma Fresco Congelado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | | | | | | **Crioprecipitado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas** | | | | | | |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MODIFICAÇÃO IRRADIAÇÃO DESLEUCOCITAÇÃO LAVAGEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO DO PACIENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SEXO: M F** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE É ALOIMUNIZADO: SIM NÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS CLÍNCOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE HEMOCOMPONENTEE QUANTIDADE** | | **Concentrado de Hemácias**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | **Plasma Fresco Congelado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas/ml** | | | | | | | | **Crioprecipitado**  **\_\_\_\_\_ Bolsas** | | | | | | |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MODIFICAÇÃO IRRADIAÇÃO DESLEUCOCITAÇÃO LAVAGEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PACIENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO DO PACIENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SEXO: M F** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PACIENTE É ALOIMUNIZADO: SIM NÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS CLÍNCOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |