|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |
|  |
|  |