



INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

DIS 025
Rev. 03
Pág 1/2

PREENCHIMENTO NO HOSPITAL

HOSPITAL:		TELEFONE:
PACIENTE (NOME COMPLETO):		DATA DE NASCIMENTO:
Nº PRONTUÁRIO:	SEXO: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	RT:
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		NOTIVISA:
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:		

TRANSFUSÕES PRÉVIAS:	<input type="checkbox"/> até 5 <input type="checkbox"/> entre 5 e 10 <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 <input type="checkbox"/> mais de 20 <input type="checkbox"/> não houve <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ignorado
---	---

HEMOCOMPONENTE:	Nº DOAÇÃO	Nº SUS	VOLUME	
<input type="checkbox"/> Filtrado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Irradiado			Prescrito:	Infundido:

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL

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

OBSERVAÇÕES:

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

CONDUTA CLÍNICA ADOTADA

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

RECEBIMENTO NO HEMEPAR

<input type="checkbox"/> Amostra paciente	<input type="checkbox"/> Hemocultura Paciente	<input type="checkbox"/> Bolsa	<input type="checkbox"/> Hemocultura Bolsa
RESPONSÁVEL	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:



INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

DIS 025
Rev. 03
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	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> 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 HEMATOLOGISTA DO HEMEPAR

GRAU DE CORRELAÇÃO COM A TRANSFUÇÃO:

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 TRANSFUÇÃO	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave		
<input type="checkbox"/> DISPNEIA ASSOCIADA À TRANSFUÇÃO	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave		
<input type="checkbox"/> DISTÚRBO 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:
---------------------	---------------------