



SOLICITAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES

Unidade Administrativa: SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Paciente:	Dt Nasc.: / /	Idade: anos
Nome da Mãe:		
Sexo:	Peso:	
Atendimento: () Hospitalar () Ambulatorial	Convênio:	
Hemoglobina:	Plaquetas: /mm ³	Hematócrito:
Diagnóstico e Indicação Clínica:		
Cirurgia Proposta:		
Recebeu transfusão: () Sim () Não	Histórico Gestacional: () Sim () Não	Reação à transfusão: () Sim () Não

REQUISIÇÃO

« » ml de Concentrado de Hemácias	TIPO DE ATENDIMENTO			
	TRANSFUSÃO			
« » ml de Plasma Fresco Congelado	Programada	Rotina	Urgência	Emergência
« » Unidades de Concentrados de Plaquetas				
« » Unidades de Crioprecipitado				
« » ml de Concentrado de Hemácias Lavadas				
« » ml de Concentrado de Hemácias Desleucotizadas				
« » ml de Concentrado de Hemácias Irradiadas				
« » Outros(especificar)« »				
« » ml de Concentrado de Hemácias				
« » ml de Plasma Fresco Congelado				
« » Unidades de Concentrados de Plaquetas				

Programada: Para determinado dia e hora. **Rotina:** A se realizar dentro das 24 horas. **Urgente:** A realizar dentro das 3 horas. **Emergência:** Quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco para a vida do paciente.

() Cirurgia Programada no dia: __/__/__

() Transfusão de Emergência - sem teste de compatibilidade (ver abaixo).

<< _____ >> ml de Concentrado de Hemácias

<< _____ >> ml de Sangue Total

TRANSFUSÃO DE EMERGENCIA, SEM TESTE DE COMPATIBILIDADE

Só é indicada em raríssimas exceções e de ALTO RISCO DE VIDA. Será realizada a classificação sanguínea do paciente e reclassificado o doador, não sendo efetuada a PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANSFUSIONAL (PROVA CRUZADA), mas as provas de compatibilidade devem ser realizadas até o final mesmo que a transfusão já tenha sido completada. Portanto, o risco de reação hemolítica por anticorpos irregulares existirá e será de responsabilidade do médico requisitante, isentando o Serviço de Hemoterapia das consequências delas advindas.

Obs: Transfusão de emergência é quando 40 minutos (tempo para realização do teste de compatibilidade) colocar a vida do paciente em risco.

Data: ____/____/____

Médico Solicitante

Nome legível /Carimbo

COMPONENTES, CONTEÚDO E INDICAÇÕES

- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: Volumes de até 300 ml, hemácias, pouco plasma expensor, leucócitos e seus produtos de degradação. Aumenta a massa de eritrócitos do paciente.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS: Usada em pacientes politransfundidos e que apresentam reações às proteínas plasmáticas.
- CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOTIZADAS: sofre processo de filtração com retirada dos leucócitos e deve ser usada em RN, mulheres grávidas e pacientes com possíveis riscos de sensibilização pelos leucócitos.
- CONCENTRADO DE PLAQUETAS: Volume de até 50 ml, plaquetas, poucos leucócitos e plasma expensor. Corrige trombocitopenias.
- CRIOPRECIPITADO: Até 80 UI por bolsa, fatores de coagulação VIII e I. Tratamento da Hemofilia A e doença de Von Willebrand. Correção de Hipofibrinogenemia.
- PLASMA FRESCO CONGELADO: Volume de até 200 ml, todos os fatores plasmáticos da coagulação. Não possui plaquetas. Tratamento de coagulopatias, principalmente hemofilia B.
- COMPONENTES IRRADIADOS: Usados em pacientes submetidos a transplantes e RN.



IRMANDADE NOSSA SENHORA DAS MERCÊS DE MONTES CLAROS

Transfusão de Componentes de Sangue ou de seus Hemoderivados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “**TRANSFUSÃO DE COMPONENTES DE SANGUE OU DE SEUS HEMODERIVADOS**”, e todos os procedimentos que o incluem, ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer; além permitir **novas transfusões de hemocomponentes durante todo o período de sua internação**, podendo também o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a transfusão de componentes de sangue ou de seus hemoderivados refere-se a transfusão da parte específica do sangue que o paciente mais necessita, permitindo que o paciente (receptor) receba hemoterapia específica mais efetiva e usualmente mais segura do que o uso do sangue total.

REAÇÕES ADVERSAS:

As complicações mais freqüentes são:

1. Febre;
2. Alergia;
3. Anafilática;
4. Hemolítica: destruição dos glóbulos vermelhos transfundidos;
5. Sobrecarga circulatória: mais comuns em pacientes com problemas cardíacos ou pulmonares;
6. Embolia gasosa;
7. Hipotermia: diminuição da temperatura corpórea;
8. Hipocalcemia: baixa no nível de cálcio sérico;
9. Contaminação bacteriana.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. **Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - MG _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Assinatura do(a) médico(a)

RG nº: _____
Nome: _____

RG nº: _____
Nome: _____

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.