

**ATENÇÃO - CLIENTES COM INTERNAÇÃO ELETIVA**

**Comparecer ao Hospital Unimed Regional Jaú - recepção SADT (preferencialmente entre 10h00 e 16h00), com antecedência de 72 a 24 horas antes da internação, para que seja realizada a tipagem sanguínea.**

\* Desconsiderar para se preenchimento no consultório.

Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:  Masculino  Feminino Convênio:

\*RGP:

\*RA:

\*UI:

Indicação clínica da transfusão:

Peso:

Diagnóstico base:

Suspeita de contaminação bacteriana/viral:

Sim  Não Que tipo?

Transfusões anteriores?

Sim  Não

Exames pré-transfusionais:

HB: HT: Plaquetas:

Data exames (HB/HT/Plaquetas):

TAP-INR:

TTPA:

**Tipo de transfusão:**

Programada - Data:

Reserva Cirúrgica - Data:

Não urgente ou rotina

Urgente

Extrema Urgência

**Se "Tipo de transfusão" for "URGENTE", escolha um dos motivos a seguir:**

UTI  Centro Cirúrgico  TMO  Paciente com alta para amanhã

Paciente vai à cirurgia amanhã

Paciente ambulatorial

Outros

**Observação e/ou medicação pré-transfusional:**

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES						
Quantidade	Hemocomponentes	Irradiado	Deleucocitado	Lavado	Diluído	Fenotipado
	Concentrado de Hemáceas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Concentrado de Plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plaquetas por Aférese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Plasma Fresco Congelado					
	Plasma Isento de Crioprecipitado					
	Crioprecipitado					
	Sangria Terapêutica					

Assinatura do médico(a)