

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde	
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: ☐ masculino ☐ feminino	RT:	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		NOTIVISA:	
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:			
TRANSFUSÕES PRÉVIAS:	☐ até 5 ☐ entre 5 e 10 ☐ entre 10 e 20 ☐ mais de 20 ☐ não houve ☐ 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: ☐ sim ☐ não ☐ ignorado			
HEMOCOMPONENTE:	Nº DOAÇÃO	Nº SUS	
☐ Filtrado ☐ Lavado ☐ Irradiado			
VOLUME			
Prescrito: Infundido:			
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
☐ CALAFRIOS ☐ FEBRE ☐ ERITEMA ☐ NÁUSEAS ☐ CIANOSE ☐ HEMOGLOBINÚRIA ☐ DOR ABDOMINAL ☐ CIVD ☐ ICTERÍCIA ☐ DOR LOMBAR ☐ DISPNEIA ☐ URTICÁRIA ☐ DOR MMII ☐ EDEMA AGUDO DE PULMÃO (TRALI) ☐ VÔMITOS ☐ DOR MMSS ☐ HIPERTENSÃO ☐ TAQUICARDIA ☐ CHOQUE ☐ PRURIDO ☐ OUTROS ESPECIFICAR:			
OBSERVAÇÕES:			
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		ASSINATURA/CARIMBO:	
CONDUTA CLÍNICA ADOTADA			
MÉDICO RESPONSÁVEL:		ASSINATURA/CARIMBO:	
RECEBIMENTO NO HEMEPAR			
☐ Amostra paciente	☐ Hemocultura Paciente	☐ Bolsa	☐ Hemocultura Bolsa
RESPONSÁVEL	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ		 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
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		☐ Normal ☐ Anormal ☐ 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 TRANFUSIONAL			
Imediata (até 24 horas)		Tardia (após 24 horas)	
☐ REAÇÃO HEMOLÍTICA AGUDA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave	☐ REAÇÃO HEMOLÍTICA TARDIA	
☐ REAÇÃO FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave	☐ DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO	
☐ REAÇÃO ALÉRGICA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave	☐ ALOIMUNIZAÇÃO	
☐ SOBRECARGA VOLÊMICA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave	☐ PÚRPURA PÓS TRANSFUSIONAL	
☐ CONTAMINAÇÃO BACTERIANA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave	☐ OUTRA ESPECIFICAR:	
☐ EDEMA PULMONAR NÃO CARDIOGÊNICO/TRALI	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
☐ REAÇÃO HIPOTENSIVA	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
☐ HEMÓLISE NÃO IMUNE	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
☐ DOR AGUDA ASSOCIADA À TRANSFUÇÃO	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
☐ DISPNEIA ASSOCIADA À TRANSFUÇÃO	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
☐ DISTÚRBO METABÓLICO	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		ASSINATURA/CARIMBO:	
CONDUTA CLÍNICA RECOMENDADA			
MÉDICO RESPONSÁVEL:		ASSINATURA/CARIMBO:	