



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

**REQUISIÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS PARA INSTITUIÇÕES
CADASTRADAS EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO**

PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS ÍTENS EM NEGRITO

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Nome do Paciente: _____

Número do Prontuário: _____ Nº AIH: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Peso: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____

Indicação da Transfusão: _____

Hematócrito: _____ Data do Exame: ____/____/____ (preencher quando requerido CH)

Cont. Plaquetas: _____ Data do Exame: ____/____/____ (preencher quando requerido CP)

TAP. Pac: _____ Controle: _____ Data do Exame: ____/____/____

TAP. Pac: _____ Controle: _____ Data do Exame: ____/____/____

Componente Hemoterápico Solicitado

☐ Concentrado de Hemácias

☐ Concentrado de Plaquetas

☐ Crio Precipitado

☐ Plasma Fresco Congelado

☐ Concentrado de Hemácias Pediátrico _____ ml

☐ Outros _____

Nº de Unidades

Só serão aceitas requisições acompanhadas de amostra de sangue do paciente colhida, identificadas com nome completo, registro e data da coleta.

Tenho ciência das Normas Técnicas de Hemoterapia publicadas na Portaria 1.376 do Ministério Saúde em 13/11/93 e responsabilizo-me pelo transporte e aplicação dos produtos solicitados.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante