

**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES****AGÊNCIA
TRANSFUSIONAL
TEL: 2105-2397**

Nome do Receptor: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Convênio: _____ Gênero: () M () F Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Diagnóstico: _____

Tipo de Cirurgia: _____

Hemocomponentes	Quantidade	Transfusões Anteriores: () Sim () Não
Concentrado de Hemácias		Paciente Renal: () Sim () Não
Plasma Fresco Congelado		Uso de Medicação? () Não () Sim Qual(is)? _____
Concentrado de Plaquetas		_____
Crioprecipitado		Data da Cirurgia: ____/____/____
Outro: _____		Obs.: _____
_____		_____

Data da solicitação: ____/____/____

Médico Solicitante: _____
Assinatura e Carimbo**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES****AGÊNCIA
TRANSFUSIONAL
TEL: 2105-2397**

Nome do receptor: _____ Data de Nasc.: ____/____/____

Convênio: _____ Gênero: () M () F Grupo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Diagnóstico: _____

Tipo de Cirurgia: _____

Hemocomponentes	Quantidade	Transfusões Anteriores: () Sim () Não
Concentrado de Hemácias		Paciente Renal: () Sim () Não
Plasma Fresco Congelado		Uso de Medicação? () Não () Sim Qual(is)? _____
Concentrado de Plaquetas		_____
Crioprecipitado		Data da Cirurgia: ____/____/____
Outro: _____		Obs.: _____
_____		_____

Data da solicitação: ____/____/____

Médico Solicitante: _____
Assinatura e Carimbo