



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA
Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília – SP CNPJ 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402 – 5559
site:www.santacasamarilia.com.br

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA E AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Nome completo do paciente (sem abreviatura): _____

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

Possui Transfusão Anterior? NÃO SIM. Se SIM, Quando: ____/____/____

Possui histórico de Reação Transfusional? NÃO SIM. Se SIM, Qual: _____

Antecedentes Gestacionais: NÃO SIM. Abortos: NÃO SIM

Reserva Cirurgica – Procedimento: _____ Data: ____/____/____
Hora: _____

Transfusão – Indicação: _____

Modalidade da transfusão: Programada - Data: ____/____/____ Hora: _____

De Rotina – A ser realizado em 24 horas.

De Urgência – a ser realizado dentro de 3 horas

De emergência – Termo de responsabilidade no verso.

Resultado de Exames: Hb: _____ Ht: _____ Plaquetas: _____

Obs: O não preenchimento dos exames dificultam a liberação de hemocomponentes para reserva e em caso de transfusão o paciente deverá realizar os exames ou ser encaminhado ao serviço de pronto atendimento para solicitação e avaliação do médico da urgência.

Tipo de Hemocomponente	Quantidade

Nome do médico/CRM/Assinatura: _____