

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

1. Queixa e duração:

2. Antecedentes pessoais: Nada digno de nota*

- Alergia? Qual? _____
- Anemia Transfusão de sangue? Motivo _____
- Asma / Bronquite / DPOC
- Câncer Qual? _____
- Cardiopatia Qual? _____
- Cirurgias anteriores? _____
- Depressão / Síndrome do pânico / Claustrofobia
- Diabetes: Tipo I Tipo II Gestacional
- Hipertensão: Crônica DHG Eclâmpsia Hellp
- Hipotireoidismo Hipertireoidismo
- Infecção Urinária ou Genital
- TEV / TEP / Trombofilia

3. Antecedentes obstétricos*:

G _____ P _____ A _____ (C _____) DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____
 Nº consultas de Pré-Natal: _____ 1º USG (____/____/____): _____ sem _____ dias
 Fertilização assistida Gestação múltipla Número de fetos _____
 Recém-nascidos:
 Peso: < 2.500g: _____ ≥ 4.000g: _____
 Prematuro(s) Malformação(ões) Natimorto(s) Neomorto(s)
 Intercorrências em gestações anteriores: _____
 Intercorrências / Internações na gestação atual: _____

Vacinação:

- Tétano Tríplice Viral Hepatite B Outras: _____
- Imunoglobulina anti-RH Quando? _____

4. Antecedentes familiares: Nada digno de nota*

- Anemia Cardiopatia
- DM HA
- Malformações / Doenças genéticas
- Neoplasia Tireopatia
- Outros: _____

5. Hábitos: Não se aplica*

- Tabagismo Atual: _____ cigarros/dia, há _____ anos. Cessou há _____.
- Etilismo Qual? _____ Doses/dia: _____.
- Drogas Qual? _____ Frequência: _____.

6. Medicamentos em uso: Não se aplica*

NOME DO MEDICAMENTO	DOSE

7. Exames complementares*:

Tipo Sanguíneo: A B AB O RH: Positivo Negativo CI: _____
 Alteração na glicemia? Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
 Alteração urinária? Sim Qual? _____ Data: ____/____/____
 Pesquisa para Streptococcus B: Não Sim Data: ____/____/____ Positivo Negativo

Sorologias	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
Rubéola	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Citomegalovírus	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Toxoplasmose	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG
Sífilis	NR	R (_____:_____)	NR	R (_____:_____)	NR	R (_____:_____)
HIV	NR	R	NR	R	NR	R
Hepatite B:						
HbsAg	NR	R	NR	R	NR	R
Anti-HBS	NR	R	NR	R	NR	R
Hepatite C	NR	R	NR	R	NR	R

Resultados alterados: Não se aplica*
 Ultrassonografia (_____/_____/____): _____
 Ecocardiograma Fetal (_____/_____/____): _____
 Outros: _____

8. Exame Físico

8.1. Geral*

Altura: _____ m Peso inicial: _____ kg Peso atual: _____ kg
 BEG REG MEG Afebril Febril Hidratada Desidratada
 Corada Descorada _____/4+ Anictérica Ictérica _____/4+
 Eupnéica Dispnéica Normocárdica Taquicárdica Bradicárdica
 Edema: Generalizado Membros Unilateral Bilateral _____/4+

8.2. Obstétrico*

AU: _____ cm Tônus: Normal Aumentado
 BCF: Ausente Presente: _____ bpm Rítmico Arritmico
 MF: Ausente Presente Diminuído
 DU: Ausente Presente: _____ / 10 minutos
 Colo: Anteriorizado Posteriorizado Medianizado
 Grosso Médio Fino Espástico Amolecido
 Impérvio Pérvio: _____ cm
 Membrana Amniótica: Íntegra Rota: Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h
 Líquido: Claro Grumos Meconial
 Aminioscopia: Não Sim Líquido: Claro Grumos Meconial
 Apresentação: Cefálica Pélvica Transversa

9. Hipótese Diagnóstica (motivo da internação)*

10. Plano Terapêutico*

Internação para tratamento clínico, com: _____

 Internação para interrupção da gestação por: _____

11. Metas*

Estabilização do quadro em _____ horas
 Resolução do quadro, com interrupção da gestação
 Alta em _____ dias, se evolução favorável

(*) Campos de preenchimento obrigatório. Validade de até 30 dias antes da internação.

Médico: Carimbo / Assinatura* _____
 Data* ____/____/____
 Hora* ____:____ h

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s):

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirúrgico(s):

indicado pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a) e sua equipe, médicos credenciados(as) no HSL.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre alternativas de tratamento. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados e explicados oportunamente pelo médico anestesista.

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

 Paciente Responsável

Nome _____ Identidade nº _____

Grau de parentesco _____ Assinatura _____

São Paulo, _____ / _____ / _____ Hora _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico: Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento exame tratamento e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado. Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Nome do Médico _____

CRM _____

Assinatura _____

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

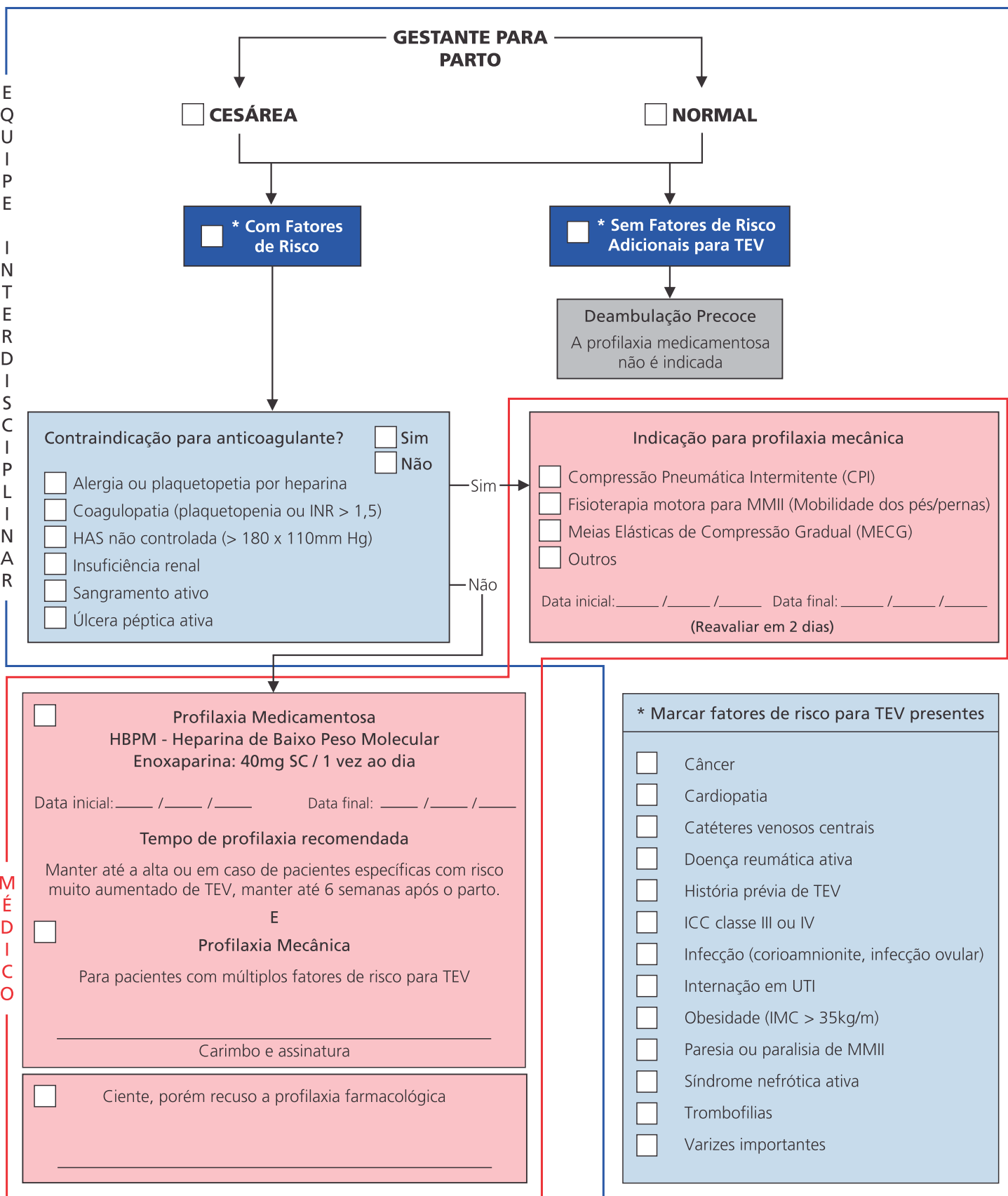
Data da avaliação ____/____/____ Hora ____:____

Responsável pela avaliação _____

Carimbo e assinatura _____

EQUIPE INTERDISCIPLINAR

MÉDICO



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Risco mantido <input type="checkbox"/> Risco alterado (abrir novo formulário)	_____ Nome e Carimbo
--------------------------	--	----------------------

Data _____ / _____ / _____	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA Paciente _____ Data Nascimento _____ / _____ / _____ Data Internação _____ / _____ / _____ Apartamento _____ Registro _____	ETIQUETA DE ALERGIA
----------------------------	---	---------------------

HORA	PRESCRIÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	OBSERVAÇÃO	APRAZAMENTO

Requisição de Exames Laboratoriais

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

Urgência Pronto Socorro
 Rotina Internado

Coletador: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ m Coleta programada: Data: ____/____/____ Horário: _____ h _____

SANGUE

Bioquímica

- Ácido úrico
- Albumina
- Alfa 1 glicoproteína ácida
- Amilase
- Amônia
- BNP-Peptídio natriurético tipo -B
- Bilirrubinas totais e frações
- Cálcio ionizado
- Cálcio total
- CK-MB massa
- CK Total
- Cloro
- Colesterol total e frações
- Creatinina
- DHL

- Eletroforese de proteínas
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase ácida prostática
- Fosfatase ácida total
- Fosfatase alcalina
- Fósforo
- Gama GT
- Gasometria arterial
- Gasometria arterial + lactato
- Gasometria venosa
- Gasometria venosa + lactato
- Glicose
- Hemoglobina glicada

- Imunoeletroforese de proteínas
- Lactato
- Lipase
- Magnésio
- PCR
- Potássio
- Proteínas totais + frações
- Saturação da Transferrina
- Sódio
- TGP/ALT
- TGO/AST
- Triglicérides
- Troponina
- Ureia

Hematologia

- Eletroforese de Hemoglobina
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma completo
- Mielograma
- Reticulócitos
- VHS

Drogas terapêuticas

- Ácido valpróico
- Amicacina
- Carbamazepina
- Digoxina
- Fenitoína
- Fenobarbital
- Teofilina
- Vancomicina

Data e hora da última dose:
 ____/____/____ e ____h____

Hemostasia e coagulação

- Agregação plaquetária
- Anti-Xa, atividade
- Antitrombina III
- Dímero D
- Fator V
- Fator VIII
- Fibrinogênio
- Plaquetas
- Mutação da Protrombina
- Fator V Leiden
- TP
- TTPA

Toma anticoagulante? Sim Não
 Qual? _____

Imunologia

- Citomegalovírus
- Rubéola
- Toxoplasmose
- EBV
- Herpes 1/2
- Hepatite A
- Hepatite B
- HBs Ag
- HBe Ag
- Anti-HBc total
- Anti-HBc IgM
- Anti-HBe
- Anti-HBs
- Hepatite C
- HIV retrovírus, anticorpos totais

É gestante?

- Sim
- Não

Hormônios

- Beta HCG quantitativo
DUM: ____/____/____
- Anti-tireoglobulina
- Anti-TPO
- Cortisol
- Estradiol
- FSH
- Insulina
- LH
- Progesterona
- Prolactina
- T3
- T4
- T4 livre
- TSH

Marcadores Tumorais

- Alfa feto proteína
- Beta 2 microglobulina
- CA-15.3
- CA-19.9
- CA-125
- CEA
- PSA total
- PSA livre
- PAINEL ARTERIAL urgente (cloro, sódio, potássio, hemoglobina, hematócrito, gasometria, cálcio ionizado, glicose e lactato)
- PAINEL VENOSO urgente (cloro, sódio, potássio, hemoglobina, hematócrito, gasometria, cálcio ionizado, glicose e lactato)

URINA

- | amostra | 12h | 24h |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ácido úrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cálcio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminúria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Potássio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Proteínas totais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sódio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Depuração de creatinina (**responder sobre peso e altura**)
- Urina tipo I
- Cultura de urina e antibiograma
 - Jato médio
 - Sem especificação de jato

FEZES

- Adenovírus
- Clostridium difficile, toxina A/B
- Parasitológico
- Pesquisa de leucócitos
- Rotavírus
- Sangue oculto

MICROBIOLOGIA

- Prova rápida para Estreptococcus
- Bacterioscópico
- Cultura aeróbia + antib + bacter.
- Cultura anaeróbia + antib + bacter.
- Cultura para fungos + antib + pesq.
- Hemocultura: número de amostras: _____
 - Aeróbia + antib
 - Anaeróbia + antib
 - Fungos + antib
 - Micobactérias + antib
- Cultura para micobactérias + sensib + pesq.
- Cultura quantitativa (lavad/traq.) + antib + bacter.
- Pesquisa de BAAR
- Pesquisa de fungos

Cultura de vigilância

- UTI neonatal
- Geral
- Maternidade

Material: _____
 Antibióticos em uso: _____

OUTROS

Material: _____
 Exames: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

 Carimbo / Assinatura do Médico

 Data

Requisição de Exames Laboratoriais

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____
 Convênio _____
 Registro _____ Leito _____

Urgência Pronto Socorro
 Rotina Internado

Coletador: _____

Peso: _____ kg Altura: _____ m Coleta programada: Data: ____/____/____ Horário: _____ h _____

SANGUE

Bioquímica

- Ácido úrico
- Albumina
- Alfa 1 glicoproteína ácida
- Amilase
- Amônia
- BNP-Peptídio natriurético tipo -B
- Bilirrubinas totais e frações
- Cálcio ionizado
- Cálcio total
- CK-MB massa
- CK Total
- Cloro
- Colesterol total e frações
- Creatinina
- DHL

- Eletroforese de proteínas
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase ácida prostática
- Fosfatase ácida total
- Fosfatase alcalina
- Fósforo
- Gama GT
- Gasometria arterial
- Gasometria arterial + lactato
- Gasometria venosa
- Gasometria venosa + lactato
- Glicose
- Hemoglobina glicada

- Imunoeletroforese de proteínas
- Lactato
- Lipase
- Magnésio
- PCR
- Potássio
- Proteínas totais + frações
- Saturação da Transferrina
- Sódio
- TGP/ALT
- TGO/AST
- Triglicérides
- Troponina
- Ureia

Hematologia

- Eletroforese de Hemoglobina
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma completo
- Mielograma
- Reticulócitos
- VHS

Drogas terapêuticas

- Ácido valpróico
- Amicacina
- Carbamazepina
- Digoxina
- Fenitoína
- Fenobarbital
- Teofilina
- Vancomicina

Data e hora da última dose:
 ____/____/____ e ____h____

Hemostasia e coagulação

- Agregação plaquetária
- Anti-Xa, atividade
- Antitrombina III
- Dímero D
- Fator V
- Fator VIII
- Fibrinogênio
- Plaquetas
- Mutação da Protrombina
- Fator V Leiden
- TP
- TTPA

Toma anticoagulante? Sim Não
 Qual? _____

Imunologia

- Citomegalovírus
- Rubéola
- Toxoplasmose
- EBV
- Herpes 1/2
- Hepatite A
- Hepatite B
- HBs Ag
- HBe Ag
- Anti-HBc total
- Anti-HBc IgM
- Anti-HBe
- Anti-HBs
- Hepatite C
- HIV retrovírus, anticorpos totais

É gestante?

- Sim
- Não

Hormônios

- Beta HCG quantitativo
DUM: ____/____/____
- Anti-tireoglobulina
- Anti-TPO
- Cortisol
- Estradiol
- FSH
- Insulina
- LH
- Progesterona
- Prolactina
- T3
- T4
- T4 livre
- TSH

Marcadores Tumorais

- Alfa feto proteína
- Beta 2 microglobulina
- CA-15.3
- CA-19.9
- CA-125
- CEA
- PSA total
- PSA livre
- PAINEL ARTERIAL urgente (cloro, sódio, potássio, hemoglobina, hematócrito, gasometria, cálcio ionizado, glicose e lactato)
- PAINEL VENOSO urgente (cloro, sódio, potássio, hemoglobina, hematócrito, gasometria, cálcio ionizado, glicose e lactato)

URINA

- | amostra | 12h | 24h |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ácido úrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cálcio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminúria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Potássio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Proteínas totais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sódio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Depuração de creatinina (responder sobre peso e altura)
- Urina tipo I
- Cultura de urina e antibiograma
 - Jato médio
 - Sem especificação de jato

FEZES

- Adenovírus
- Clostridium difficile, toxina A/B
- Parasitológico
- Pesquisa de leucócitos
- Rotavírus
- Sangue oculto

MICROBIOLOGIA

- Prova rápida para Streptococcus
- Bacterioscópico
- Cultura aeróbia + antib + bacter.
- Cultura anaeróbia + antib + bacter.
- Cultura para fungos + antib + pesq.
- Hemocultura: número de amostras: _____
 - Aeróbia + antib Fungos + antib
 - Anaeróbia + antib Micobactérias + antib
- Cultura para micobactérias + sensib + pesq.
- Cultura quantitativa (lavad/traq.) + antib + bacter.
- Pesquisa de BAAR
- Pesquisa de fungos

Cultura de vigilância

- UTI neonatal
- Geral
- Maternidade

Material: _____

Antibióticos em uso: _____

OUTROS

Material: _____

Exames: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

 Carimbo / Assinatura do Médico

 Data

BANCO DE SANGUE DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

Hospital: _____ Quarto: _____ Leito: _____
 Paciente: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Idade: _____
 Registro: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico: _____
 Antecedente Transfusional: Sim Não EXAMES: Hb/Ht _____ Plaquetas: _____ TP/TTPA: _____

TRANSFUSÃO: ROTINA (em 24 horas) URGENTE (em 03 horas)
 DE EXTREMA URGÊNCIA (com Termo de Responsabilidade Médica)
 RESERVA PARA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

SOLICITAÇÃO		
EXAMES	HEMOCOMPONENTES/QUANTIDADE	OUTROS
<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea ABO/Rh	<input type="checkbox"/> Sangue Total	<input type="checkbox"/> Irradiação de Hemácias
<input type="checkbox"/> Fenotipagem sistema Rh	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias	<input type="checkbox"/> Irradiação de Plaquetas
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias lavadas	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Hemácias
<input type="checkbox"/> Identificação de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Plaquetas
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos por eluição	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas por aférese	<input type="checkbox"/> Aférese Terapêutica
<input type="checkbox"/> Titulação de anticorpos	<input type="checkbox"/> Plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> Sangria Terapêutica
<input type="checkbox"/> Coombs Indireto	<input type="checkbox"/> Plasma isento de Crio	<input type="checkbox"/> Exsangüneo transfusão
<input type="checkbox"/> Coombs Direto	<input type="checkbox"/> Crioprecipitado	<input type="checkbox"/> Autotransfusão intraoperatória por processadora automática
<input type="checkbox"/> Sorologia para HCV	<input type="checkbox"/> Conc. de granulócitos por aférese	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sorologia para HIV		
<input type="checkbox"/> Sorologia para HBsAg		
____/____/____	____ HORA	____ MÉDICO SOLICITANTE / CRM

REQUISIÇÃO RECEBIDA POR: _____ DATA/HORA _____

BANCO DE SANGUE DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

Hospital: _____ Quarto: _____ Leito: _____
 Paciente: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Idade: _____
 Registro: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico: _____
 Antecedente Transfusional: Sim Não EXAMES: Hb/Ht _____ Plaquetas: _____ TP/TTPA: _____

TRANSFUSÃO: ROTINA (em 24 horas) URGENTE (em 03 horas)
 DE EXTREMA URGÊNCIA (com Termo de Responsabilidade Médica)

RESERVA PARA: _____ / _____ / _____ HORÁRIO: _____

SOLICITAÇÃO

EXAMES	HEMOCOMPONENTES/QUANTIDADE	OUTROS
<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea ABO/Rh	<input type="checkbox"/> Sangue Total _____	<input type="checkbox"/> Irradiação de Hemácias _____
<input type="checkbox"/> Fenotipagem sistema Rh	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias _____	<input type="checkbox"/> Irradiação de Plaquetas _____
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias lavadas _____	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Hemácias _____
<input type="checkbox"/> Identificação de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas _____	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Plaquetas _____
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos por eluição	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas por aférese _____	<input type="checkbox"/> Aférese Terapêutica _____
<input type="checkbox"/> Titulação de anticorpos	<input type="checkbox"/> Plasma fresco congelado _____	<input type="checkbox"/> Sangria Terapêutica _____
<input type="checkbox"/> Coombs Indireto	<input type="checkbox"/> Plasma isento de Crio _____	<input type="checkbox"/> Exsangüneo transfusão _____
<input type="checkbox"/> Coombs Direto	<input type="checkbox"/> Crioprecipitado _____	<input type="checkbox"/> Autotransfusão intraoperatória por processadora automática _____
<input type="checkbox"/> Sorologia para HCV	<input type="checkbox"/> Conc. de granulócitos por aférese _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sorologia para HIV		
<input type="checkbox"/> Sorologia para HBsAg		

DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____

MÉDICO SOLICITANTE / CRM: _____

REQUISIÇÃO RECEBIDA POR: _____

DATA/HORA: _____

BANCO DE SANGUE DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

Hospital: _____ Quarto: _____ Leito: _____
 Paciente: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Idade: _____
 Registro: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico: _____
 Antecedente Transfusional: Sim Não EXAMES: Hb/Ht _____ Plaquetas: _____ TP/TTPA: _____

TRANSFUSÃO: ROTINA (em 24 horas) URGENTE (em 03 horas)
 DE EXTREMA URGÊNCIA (com Termo de Responsabilidade Médica)
 RESERVA PARA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

SOLICITAÇÃO		
EXAMES	HEMOCOMPONENTES/QUANTIDADE	OUTROS
<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea ABO/Rh	<input type="checkbox"/> Sangue Total	<input type="checkbox"/> Irradiação de Hemácias
<input type="checkbox"/> Fenotipagem sistema Rh	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias	<input type="checkbox"/> Irradiação de Plaquetas
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de hemácias lavadas	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Hemácias
<input type="checkbox"/> Identificação de anticorpos irregulares	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas	<input type="checkbox"/> Filtro para Deleucotização de Plaquetas
<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos por eluição	<input type="checkbox"/> Conc. de plaquetas por aférese	<input type="checkbox"/> Aférese Terapêutica
<input type="checkbox"/> Titulação de anticorpos	<input type="checkbox"/> Plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> Sangria Terapêutica
<input type="checkbox"/> Coombs Indireto	<input type="checkbox"/> Plasma isento de Crio	<input type="checkbox"/> Exsangüneo transfusão
<input type="checkbox"/> Coombs Direto	<input type="checkbox"/> Crioprecipitado	<input type="checkbox"/> Autotransfusão intraoperatória por processadora automática
<input type="checkbox"/> Sorologia para HCV	<input type="checkbox"/> Conc. de granulócitos por aférese	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sorologia para HIV		
<input type="checkbox"/> Sorologia para HBsAg		
<p align="center">____/____/____ DATA _____ HORA _____ MÉDICO SOLICITANTE / CRM</p>		

REQUISIÇÃO RECEBIDA POR: _____ DATA/HORA: _____