

FORMULÁRIO		
CHECKLIST COMITÊ TRANSFUSIONAL	CÓDIGO: FP.ATRA.003	REVISÃO: 00
		PÁGINA:1/1

CHECKLIST IMPRESSOS DO PRONTUÁRIO	
PRONTUÁRIO:	NOME DO PACIENTE:
REVISOR(A):	

IMPRESSOS	CONFORME	NÃO CONFORME	NÃO SE APLICA
SOLICITAÇÃO DO HEMOGRAMA COMPLETO			
LAUDO DO HEMOGRAMA E CONTAGEM DE PLAQUETAS			
SOLICITAÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTE			
TERMO DE ENTREGA DE HEMOCOMPONENTE			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO			
REGISTRO DE TRANSFUÇÃO DE CADA BOLSA (SSVV AO INICIAR, APÓS 10 MINUTOS E AO TÉRMINO)			
TCLE PARA HEMOTRANSFUÇÃO			
DESCRIÇÃO DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
SE REAÇÃO TRANSFUSIONAL, REGISTRO DE NOTIFICAÇÃO (DESCRITO NA EVOLUÇÃO)			

DESCREVA OS ITENS NÃO CONFORMES:
