HEMOCE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO CEARÁ	REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO AUTÓLOGA	FORM.GER 100
		REV 01
		Fl 1 de 01

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Nº prontuário no hospital: _____

Hospital:_____ Clinica:_____

Cirurgia proposta: _____ Data prevista: _____/_____/_____.

Quantidade de bolsas solicitadas: _____

Atenção:

- A data prevista da cirurgia deve anteceder no mínimo 72 horas a ultima bolsa coletada
- Pacientes com idade superior a 45 anos ou alterações cardíacas devem ter ECG realizado há menos de 90 dias. Em caso de cardiopatia, é necessária avaliação prévia do cardiologista.
- O doador não deve ter ingerido alimentos gordurosos 4 horas antes da coleta.

Antecedentes Patológicos: _____

Médico solicitante: _____

CRM e Especialidade: _____

Telefones/ramais para contato: _____

Volume coletado/bolsa: _____

Data da solicitação: _____/_____/_____.

IT.GER 13

HEMOCE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO CEARÁ	REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO AUTÓLOGA	FORM.GER 100
		REV 01
		Fl 1 de 01

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Nº prontuário no hospital: _____

Hospital:_____ Clinica:_____

Cirurgia proposta: _____ Data prevista: _____/_____/_____.

Quantidade de bolsas solicitadas: _____

Atenção:

- A data prevista da cirurgia deve anteceder no mínimo 72 horas a ultima bolsa coletada
- Pacientes com idade superior a 45 anos ou alterações cardíacas devem ter ECG realizado há menos de 90 dias. Em caso de cardiopatia, é necessária avaliação prévia do cardiologista.
- O doador não deve ter ingerido alimentos gordurosos 4 horas antes da coleta.

Antecedentes Patológicos: _____

Médico solicitante: _____

CRM e Especialidade: _____

Telefones/ramais para contato: _____

Volume coletado/bolsa: _____

Data da solicitação: _____/_____/_____.

IT.GER 13