

Unidade Solicitante: _____ Data da solicitação: ____/____/____

AO SERVIÇO DE SUPORTE AO ROTEM

Paciente:

Data de nascimento: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** () F () M **Peso:** _____

História clínica:

Comorbidades:

Em uso de heparina? () Não () Sim. Qual? Que dose?

Fez uso de protamina? () Não () Sim. Que dose?

Em uso de antiagregante plaquetário? () Não () Sim. Qual? Que dose?

Em uso de anticoagulante oral? () Não () Sim. Qual? Que dose?

Outras medicações:

Últimos exames realizados - Data:

Hb/Ht: _____ Plaquetas: _____ TAP/INR: _____ TTPA/Rel: _____ TCA: _____

Fibrinogênio: _____ Ddímero: _____ PCR: _____ LDH: _____ Ferritina: _____

Outros: _____

Já realizou transfusão? () Não () Sim. Se sim, especificar:

Data: _____ () N° CH () N° PFC () N° CP () N° Crio

Data: _____ () N° CH () N° PFC () N° CP () N° Crio

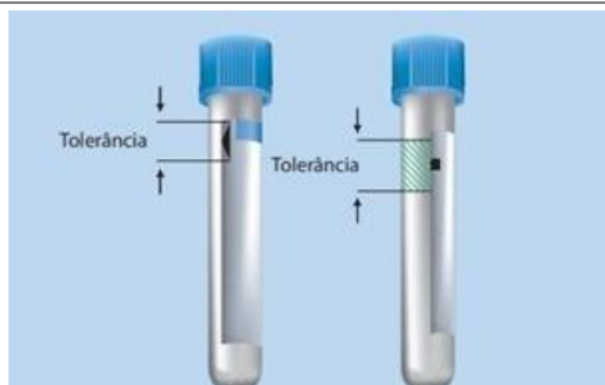
ORIENTAÇÕES DA COLETA DA AMOSTRA

Deve-se seguir rigorosamente a coleta da amostra objetivando redução de erros pré-analíticos, como hemodiluição, volumes insuficientes, hemólise e formação de microcoágulos.

A amostra deverá ser coletada em tubo de citrato, em volume compatível com o aditivo presente no tubo. Observar o volume correto de sangue nos tubos após a coleta. A maioria dos tubos tem marcas indicando o volume mínimo e máximo de sangue (vide figura abaixo). Homogeneizar a amostra cerca de 8 a 10 vezes.

Em situações de coleta simultânea de exames, sempre coletar a amostra do citrato primeiro.

Se coleta realizada em acesso central, descartar 10ml de sangue antes de colher a amostra.



INDICAÇÕES DO EXAME

- Os testes viscoelásticos estão indicados, principalmente, nas seguintes situações: cirurgias cardíacas com sangramento microvascular após reversão da heparinização, transplante hepático, pacientes com sangramento agudo grave (ex.: traumático, obstétrico, hemorragia digestiva) caracterizado por índice de choque $>0,9$ e/ou transfusão de ≥ 4 concentrados de hemácias em 1 hora e/ou substituição de $> 50\%$ da volemia em 3 horas.
- Consulte o protocolo de sua instituição, caso exista.

FLUXO DA REALIZAÇÃO DO EXAME

- 1) Após autorização da realização do teste pelo setor responsável na sua instituição, o médico deverá preencher este formulário e acionar a equipe do Hemoce para recebimento da amostra, através dos números (85) 3101.2394 (CDC - HEMOCE) ou (85) 99810-0180 (AT HEMOCE – HRU). A amostra deverá ser coletada pela equipe assistencial e enviada, junto com o formulário completamente preenchido, pelo próprio Hospital ao local indicado pela equipe do Hemoce.
- 2) No ato da entrega da amostra, deverá ser informado o número de contato do setor/médico solicitante para onde serão disponibilizadas as curvas e laudo do exame.
- 3) O médico do Hemoce emitirá laudo e estará à disposição da equipe assistencial (mediante contato telefônico) para discussão dos achados no exame.

OBS₁: Questões relacionadas a autorização do exame e indicações não previstas neste protocolo deverão ser definidas pela equipe assistente junto com a chefia/direção da unidade, devendo haver acordo previamente estabelecido entre o Hospital e o Hemoce para atendimento.

OBS₂: O Hemoce não disponibilizará medicações procoagulantes, exceto para pacientes sabidamente portadores de coagulopatias hereditárias.

Médico (a) responsável pela solicitação:

Contato telefônico:

Data da solicitação: ____ / ____ / ____