

CHECK LIST DE HEMOTRANSFUÇÃO

Código: UPA.ENF.FORM-012

REVISÃO: 000

SETOR: NÚCLEO DE  
SEGURANÇA DO  
PACIENTE

DATA DE ELABORAÇÃO:  
05/12/2023

DATA DE REVISÃO:  
05/12/2025

Página: 1/4

Nome do paciente:

Nome da

mãe:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

Sala: \_\_\_\_\_

CHECK LIST - PRESCRIÇÃO E REQUISIÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA:

CARIMBO E ASSINATURA:

MÉDICO QUE  
PRESCREVEU

ENFERMEIRO QUE  
CONFERIU

CHECK LIST - COLETA DE AMOSTRA

NÃO ENVIADA AMOSTRA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

CONFERÊNCIA À BEIRA LEITO DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS TRANSFUSIONAIS

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA OU  RESERVA

COLETADO 01 TUBO SECO

ETIQUETAS DOS TUBOS: NOME E DN; PROFISSIONAL QUE  
COLETOU

COLETADO 01 TUBO EDTA

CARIMBO E ASSINATURA:

CARIMBO E ASSINATURA:

TIPAGEM SANGUINEA:

O -

O +

A -

A +

B -

B +

AB -

AB +

POSITIVO

NEGATIVO

PROFISSIONAL QUE COLETOU

PROFISSIONAL QUE CONFERIU

CHECK LIST RETIRADA DE HEMOCOMPONENTES

1ª BOLSA

2ª BOLSA

3ª BOLSA

CONCENTRADO DE HEMÁCIA  PLASMA  PLAQUETAS

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA

:\_\_\_\_:\_\_\_\_

:\_\_\_\_:\_\_\_\_

:\_\_\_\_:\_\_\_\_

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS TRANSFUSIONAIS NOME E HC NA FRENTE  
E VERSO

NOME COMPLETO E HC NO CARTÃO TRANSFUSIONAL





NÚMERO DA BOLSA (VERSO DA RPT/RÓTULO DA BOLSA E CARTÃO  
TRANSFUSIONAL)

DATA DE VALIDADE  TIPAGEM SANGUÍNEA RÓTULO DA BOLSA E CARTÃO  
TRANSFUSIONAL

1ª BOLSA

2ª BOLSA

3ª BOLSA

		<b>FORMULÁRIO</b>		  	
<b>CHECK LIST DE HEMOTRANSFUÇÃO</b>				<b>Código: UPA.ENF.FORM-012</b>	
				<b>REVISÃO: 000</b>	
<b>SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		<b>DATA DE ELABORAÇÃO:</b> 05/12/2023		<b>DATA DE REVISÃO:</b> 05/12/2025	
<b>Página: 2/4</b>					

<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>	
<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>	
<b>CHECK LIST – INSTALAÇÃO (S=SIM / N=NÃO)</b>			<b>1ª BOLSA</b>	<b>2ª BOLSA</b>	<b>3ª BOLSA</b>
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIA <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS			<b>DATA</b> __/__/__	__/__/__	__/__/__
			<b>HORA</b> :__ :__	:__ :__	:__ :__
1. PRESCRIÇÃO MÉDICA /HEMOCOMPONENTE- DOSAGEM- TEMPO DE INFUSÃO			•S    •N	•S    •N	•S    •N
2. NOME COMPLETO E DN NO CARTÃO TRANSFUSIONAL E <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			•S    •N	•S    •N	•S    •N
3. NÚMERO DA BOLSA NO RÓTULO DA BOLSA E CARTÃO TRANSFUSIONAL)			•S    •N	•S    •N	•S    •N
4. DATA DE VALIDADE NO RÓTULO DA BOLSA			•S    •N	•S    •N	•S    •N
5. TIPAGEM SANGUÍNEA NO CARTÃO TRANSFUSIONAL E RÓTULO DA BOLSA			•S    •N	•S    •N	•S    •N
6. VERIFICADO OS DADOS DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE			•S    •N	•S    •N	•S    •N
7. ACESSO VENOSO EXCLUSIVO			•S    •N	•S    •N	•S    •N
8. VERIFICADO E REGISTRADO SINAIS VITAIS ANTES DA INSTALAÇÃO			•S    •N	•S    •N	•S    •N
9. TERMO DE RESPONSABILIDADE ESPECÍFICO ASSINADO PELO MÉDICO: T°AXILAR ≥38°			•NÃO SE APLICA •S    •N	•NÃO SE APLICA •S    •N	•NÃO SE APLICA •S    •N
10. ETIQUETA (PEQUENA) DE IDENTIFICAÇÃO CARTÃO TRANSFUSIONAL COLADA NA PRESCRIÇÃO MÉDICA			•S    •N	•S    •N	•S    •N
11. CLIENTE RECEBEU VANCOMICINA OU ANFOTERICINA NA ÚLTIMA HORA?			•S    •N	•S    •N	•S    •N
12. CLIENTE ESTÁ RECEBENDO IMUNOGLOBULINA ANTI-LINFOCITÁRIA?			•S    •N	•S    •N	•S    •N
13. OBSERVAÇÃO DIRETA DA PACIENTE NOS PRIMEIROS 10 MINUTOS			•S    •N	•S    •N	•S    •N
<b>1ª BOLSA</b>  <b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE INSTALOU</b>		<b>2ª BOLSA</b>  <b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE INSTALOU</b>		<b>3ª BOLSA</b>  <b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE INSTALOU</b>	
<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>		<b>CARIMBO E ASSINATURA</b>  <b>PROFISSIONAL QUE CONFERIU</b>	

OBSERVAÇÃO: \_\_/\_\_/\_\_ ÀS \_\_: \_\_

CHECK LIST DE HEMOTRANSFUÇÃO

Código: UPA.ENF.FORM-012

REVISÃO: 000

SETOR: NÚCLEO DE  
SEGURANÇA DO  
PACIENTE

DATA DE ELABORAÇÃO:  
05/12/2023

DATA DE REVISÃO:  
05/12/2025

Página: 3/4

---



---



---







---

ASSINATURA/COREN)

REGISTRO DE SINAIS VITAIS E SINAIS/SINTOMAS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

OBSERVAÇÃO	HORA	PA	T°C	FC	FR	SINAL/SINTOMA* OBSERVADO [Nº]	ENFERMEIRO CIENTE	TÉRMINO DA INFUSÃO	ASSINATURA COREN
ANTES DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 10 MINUTOS DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 1 HORA DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 2 HORAS DA INSTALAÇÃO	__ : __								
TÉRMINO DA INFUSÃO	__ : __								
ANTES DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 10 MINUTOS DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 1 HORA DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 2 HORAS DA INSTALAÇÃO	__ : __								
TÉRMINO DA INFUSÃO	__ : __								
ANTES DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 10 MINUTOS DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 1 HORA DA INSTALAÇÃO	__ : __								
APÓS 2 HORAS DA INSTALAÇÃO	__ : __								

		<b>FORMULÁRIO</b>		  	
<b>CHECK LIST DE HEMOTRANSFUSÃO</b>				<b>Código: UPA.ENF.FORM-012</b>	
				<b>REVISÃO: 000</b>	
<b>SETOR: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		<b>DATA DE ELABORAÇÃO:</b> 05/12/2023		<b>DATA DE REVISÃO:</b> 05/12/2025	
<b>Página: 4/4</b>					

TÉRMINO DA INFUSÃO	__:__							
<b>CHECK LIST - ACOMPANHAMENTO</b>				<b>1ª BOLSA</b>	<b>2ª BOLSA</b>	<b>3ª BOLSA</b>	<b>24H APÓS</b>	
VERIFICADO E REGISTRADO SINAIS VITAIS CONFORME PROTOCOLO				•S •N	•S •N	•S •N	TÉRMINO DA ÚLTIMA BOLSA	
INFUSÃO NO MÁXIMO EM 04 HORAS				•S •N	•S •N	•S •N		
OBSERVADOS SINAIS/SINTOMAS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL? <b>SE SIM: ANOTAR HORA E SINAIS/SINTOMAS*</b> CONFORME LEGENDA [Nº]				•S •N	•S •N	•S •N	•S •N	
REALIZAR OS <b>PROCEDIMENTOS</b> DESCRITOS <b>ABAIXO</b> :								
1. INTERROMPIDO TRANSFUSÃO E MANTIDO ACESSO VENOSO				•S •N	•S •N	•S •N		
2. COMUNICAR IMEDIATAMENTE O MÉDICO RESPONSÁVEL DA SEÇÃO				•S •N	•S •N	•S •N	•S •N	
3. COLETADO NOVAS AMOSTRAS TUBO SECO E TUBO EDTA/ PREENCHIDO VERSO DO RÓTULO				•S •N	•S •N	•S •N		
<b>1ª BOLSA</b>		<b>2ª BOLSA</b>		<b>3ª BOLSA</b>		<b>24 HORAS</b>		
Enfermeiro:		Enfermeiro:		Enfermeiro:		Enfermeiro:		
Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		
<b>*SINAIS E SINTOMAS:</b> RUSH CUTÂNEO <sup>[1]</sup> . PRURIDO <sup>[2]</sup> . URTICÁRIA <sup>[3]</sup> . PÁPULAS <sup>[4]</sup> . TREMORES <sup>[5]</sup> . FEBRE (>1°) <sup>[6]</sup> . CALAFRIOS <sup>[7]</sup> . DISPNEIA <sup>[8]</sup> . TAQUIPNEIA <sup>[9]</sup> . BRONCOESPASMO <sup>[10]</sup> . TOSSE <sup>[11]</sup> . ROUQUIDÃO <sup>[12]</sup> . CIANOSE <sup>[13]</sup> . ANSIEDADE <sup>[14]</sup> . NÁUSEAS <sup>[15]</sup> . VÔMITOS <sup>[16]</sup> . TAQUICARDIA <sup>[17]</sup> . HIPERTENSÃO <sup>[18]</sup> . HIPOTENSÃO <sup>[19]</sup> . MIALGIA <sup>[20]</sup> . DOR LOMBAR <sup>[21]</sup> . DOR TORÁCICA <sup>[22]</sup> . DOR ABDOMINAL <sup>[23]</sup> . ICTERÍCIA <sup>[24]</sup> . HEMOGLOBINÚRIA/COLÚRIA <sup>[25]</sup> . CHOQUE <sup>[26]</sup> . OUTROS <sup>[27]</sup> QUAIS:								

<b>ELABORADOR</b>	<b>CONCENSO</b>	<b>APROVADOR</b>
Nome: Etienne Dilde Cardoso Candido Função: Coordenadora assistencial Data: 03/03/2024	Nome: Hilton Alves Sousa Junior Função: Enfermeiro Data: 09/05/2024	Nome: Alan Masahiro N. Sebata Função: Gerente Data: 09/05/2024