

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

		FORMULÁRIO		  	
CHECK LIST DE HEMOTRANSFUSÃO				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: 2/4					

CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU	
CHECK LIST – INSTALAÇÃO (S=SIM / N=NÃO)			1ª BOLSA	2ª BOLSA	3ª BOLSA
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIA <input type="checkbox"/> PLASMA <input type="checkbox"/> PLAQUETAS			DATA __/__/__	__/__/__	__/__/__
			HORA :__ :__	:__ :__	:__ :__
1. PRESCRIÇÃO MÉDICA /HEMOCOMPONENTE- DOSAGEM- TEMPO DE INFUSÃO			•S •N	•S •N	•S •N
2. NOME COMPLETO E DN NO CARTÃO TRANSFUSIONAL E PRESCRIÇÃO MÉDICA			•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
1ª BOLSA CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE INSTALOU		2ª BOLSA CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE INSTALOU		3ª BOLSA CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE INSTALOU	
CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU		CARIMBO E ASSINATURA PROFISSIONAL QUE CONFERIU	

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	__ : __								

		FORMULÁRIO		  	
CHECK LIST DE HEMOTRANSFUSÃO				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: 4/4					

TÉRMINO DA INFUSÃO	__:__							
CHECK LIST - ACOMPANHAMENTO				1ª BOLSA	2ª BOLSA	3ª BOLSA	24H APÓS	
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? SE SIM: ANOTAR HORA E SINAIS/SINTOMAS* CONFORME LEGENDA [Nº]				•S •N	•S •N	•S •N	•S •N	
REALIZAR OS PROCEDIMENTOS DESCRITOS ABAIXO :								
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		
1ª BOLSA		2ª BOLSA		3ª BOLSA		24 HORAS		
Enfermeiro:		Enfermeiro:		Enfermeiro:		Enfermeiro:		
Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		Assinatura e Carimbo		
*SINAIS E SINTOMAS: RUSH CUTÂNEO ^[1] . PRURIDO ^[2] . URTICÁRIA ^[3] . PÁPULAS ^[4] . TREMORES ^[5] . FEBRE (>1°) ^[6] . CALAFRIOS ^[7] . DISPNEIA ^[8] . TAQUIPNEIA ^[9] . BRONCOESPASMO ^[10] . TOSSE ^[11] . ROUQUIDÃO ^[12] . CIANOSE ^[13] . ANSIEDADE ^[14] . NÁUSEAS ^[15] . VÔMITOS ^[16] . TAQUICARDIA ^[17] . HIPERTENSÃO ^[18] . HIPOTENSÃO ^[19] . MIALGIA ^[20] . DOR LOMBAR ^[21] . DOR TORÁCICA ^[22] . DOR ABDOMINAL ^[23] . ICTERÍCIA ^[24] . HEMOGLOBINÚRIA/COLÚRIA ^[25] . CHOQUE ^[26] . OUTROS ^[27] QUAIS:								

ELABORADOR	CONCENSO	APROVADOR
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