COLETA DA AMOSTRA SANGUÍNEA PARA TRIAGEM SOROLÓGICA
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

INFORMAÇÕES DOADOR

Nome completo do Doador_____ RGCT:_____

Data nascimento _____ Idade _____ Peso_____

COLETA DA AMOSTRA SANGUÍNEA

Amostra enviada ao laboratório de apoio para sorologia( ) Amostra enviada ao banco de tecidos ou a CET-PR( )

Data:____/____/ ____ Hora:_____: _____ Responsável_____ Tel.: ( ) _____

Acesso exclusivo para coleta da amostra sanguínea? ( ) Sim
( ) Não - Volume inicial desprezado? ( ) Sim Quanto?_____mL
( ) Não

ENVIO DA AMOSTRA AO BANCO DE TECIDOS

Acondicionamento da amostra sanguínea na caixa térmica junto com o tecido doado

Data:_____/_____/ _____ Hora:_____: _____ Responsável: _____ Tel.: ( )_____

A amostra foi mantida refrigerada desde sua coleta até ser acondicionada na caixa térmica com o órgão doado?

Sim ( ) Não ( )

HISTÓRIA DE INFUSÕES ANTES DA COLETA DA AMOSTRA

Volume total de SANGUE infundido nas últimas **48 horas**		Volume total de COLÓIDES infundidos nas últimas **48 horas**		Volume total de CRISTALÓIDES infundidos na última **1 hora**	
Concentrado hemácias	mL	Dextran	mL	Solução salina	mL
Sangue total	mL	Plasma	mL	Solução glicosada	mL
Sangue reconstituído	mL	Plaquetas	mL	Ringer lactato	mL
		Albumina	mL	Outros	mL
		Amido hidroxietílico	mL		
		Outros	mL		
TOTAL A	**mL**	**TOTAL B**	**mL**	**TOTAL C**	**mL**

CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

Volume do plasma (VP)

Peso do Doador (kg)_____=_____mL
0,025

Volume de sangue (VS)

Peso do Doador (kg)_____=_____mL
0,015

AVALIAÇÃO DA HEMODILUIÇÃO

B + C > VP Sim ( ) Não ( )

A + B + C > VS Sim ( ) Não ( )

- Caso as respostas de ambas as perguntas sejam negativas, teste a amostra;
- Caso uma das respostas seja positiva: Nos casos de **PCR** consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, rejeite o doador. Nos casos de **ME**, consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, consultar a OPO/CET-PR sobre o intervalo a ser aguardado para refazer o cálculo.

Resultado: AMOSTRA ACEITA ( ) AMOSTRA RECUSADA ( )			
Responsável pela avaliação da hemodiluição	Cargo/Função	Fone/Celular	Assinatura