

Hospital XXX	Dossiê – Hemovigilância de incidentes transfusionais
Informações	
Identificação do incidente	
Instituição de saúde onde ocorreu o incidente:	
A instituição de saúde envolvida tem comitê transfusional?	
Data do incidente:	
Paciente: (nome completo e número do prontuário do hospital ou ambulatório)	
Número da notificação no Notivisa:	
Caracterização do incidente	
Tipo de incidente:	
☐ Reação transfusional hemolítica aguda – incompatibilidade ABO	
☐ Reação transfusional – TRALI	
☐ Reação transfusional – contaminação bacteriana	
☐ Óbito possivelmente relacionado à transfusão	
☐ Incidente transfusional grave sem reação transfusional. Especifique:	
Setores envolvidos diretamente:	
Descrição sumária da situação clínica e laboratorial do paciente antes do incidente: (informar inclusive o motivo da internação e a indicação da transfusão)	
Hemocomponentes solicitados:	
☐ CHM	
☐ CP	
☐ PFC	
☐ CRIO	
Caracterização da urgência na solicitação de hemocomponentes:	
☐ Programada	
☐ Não urgente	
☐ Urgente	
☐ Reserva	
☐ Cirurgia urgente	
Solicitação de transfusão sem teste de compatibilidade? ☐ SIM ☐ NÃO	

Descrição do incidente

(Descrição cronológica do incidente citando setores e nomes de todos os envolvidos – pacientes e profissionais de saúde)

Gravidade:

() Grau 1

() Grau 2

() Grau 3

() Grau 4

Correlação com a transfusão:

() Confirmado

() Provável

() Possível

() Improvável

() Inconclusiva

() Descartada

Desfecho para o paciente:

Não conformidades observadas:

Descrição da atuação do comitê transfusional

Assinatura dos membros do comitê transfusional