

Entrada: 04/11/2018 DI: 0 DIAS

PESO ESTIMADO:
BALANÇO ACUMULADO
BALANÇO DAS 24 H

PESO IDEAL:

BALANÇO ACUMULATIVO:

BALANÇO DAS 24 HORAS:

BALANÇO HÍDRICO UTI

[illegible]

TOTAL: 3768

SAIDA

ENTRADA: +

100

TOTAL: 2700

 $\text{ENF}^0(A)$

fls. 58

HORA	DV	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE
7				
8	1000/2000	20/10		
9				
10	1000	10ml		
11				
12	1000	10ml	Preceder	10ml
13				
14	1000	10ml	Preceder	10ml
15				
16	1000	10ml	Preceder	10ml
17				
18	1000	10ml	Preceder	10ml

HORA	DV	DOSE	SED. CONTINUA	DOSE
19				
20				
21				
22				
23				
24				
01				
02				
03				
04				
05				
06				

HORA	DEXTRO	CORRIGIDO-UI
12:00	150mg/24	
18:00	150mg/24	
00:00	150mg/24	
06:00	150mg/24	
12:00	150mg/24	
18:00	150mg/24	
00:00	150mg/24	
06:00	150mg/24	
12:00	150mg/24	
18:00	150mg/24	
00:00	150mg/24	
06:00	150mg/24	

DURNO

NOTURNO

NOTURNO

Zelazna sra Silva Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-AC 730.580



SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

DATA: 07/11/2018		DIH: 3º		EVOLUÇÃO		LEITO: UTI - LEITO 14	
PACIENTE: DIEGO DE SOUZA AMARAL						IDADE: 20 ANOS	
DIAGNOSTICOS: - ACIDENTE MOTO - CHOQUE NEUROGENICO - FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA - PO LIMPEZA CIRURGICA E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO - TRM COLUNA TORACICA ALTA				PREGRESSOS: ETILISTA SOCIAL			
HDA: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO EM VIA VERDE, COM BATIDA NA CABEÇA E PERDA DA CONSCIÊNCIA, INGRESSANDO NA SET ACORDADO, RESPONSIVO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE, SENDO AVALIADO PELA EQUIPE ORTOPEDIA, QUE REALIZOU LIMPEZA CIRURGICA E FIXAÇÃO EXTERNA. AVALIADO AINDA PELA NEURO, QUE OBSERVOU TRM TORACICA ALTA. PACIENTE EVOLUIU COM REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA E HIPOTENSAO NA SET, SENDO INTUBADO E SOLICITADO VAGA.							
NEURO-PSIQUIÁTRICO: S		RASS: -5		RAMSAY:		GLASGOW:	
PUPILAS: (X) ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICOS () D>E () MEDIA FIXA () ARREATIVAS (X) FOTORREAGENTES () MIÓTICAS () MIDRIÁTICAS				PA: 107/54 MMHG		FC: 62 BPM	
						FR: 18 IRPM	
CABEÇA: COLAR CERVICAL, TOT, AVC				COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
APARELHO CIRCULATÓRIO: BNF, REGULAR 2T, SEM SOPROS				07 JAN 2019			
APARELHO RESPIRATÓRIO: MV+ BILATERALMENTE, SEM RA.				PROTÓCOLO			
APARELHO DIGESTIVO: PLANO, FLÁCIDO, RHA+, SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS							
EXTREMIDADES: FIXADOR EXTERNO EM MIE							
BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:		GANHOS:		PERDAS:		TOTAL DIÁRIO:	
EVACUAÇÕES: 1X		+ 4.868ml		- 1.100ml		+ 3.768ml	
						DIURESE: 1.200ml	
DROGAS EM USO (ANTIBIÓTICO/AMINA/SEDAÇÃO)				PROCEDIMENTOS (CATETERES/SONDAS/OSTOMIAS)			
AMPI-SULBACTAM D3				SNE			
PRECEDEX 4ML				TOT			
				AVC - COLAR CERVICAL			
EVOLUÇÃO DA MANHÃ: Paciente em estado grave, instável hemodinamicamente, em uso de Noradrenalina 10ml/h, sedado continuamente, boa diurese, em uso de colar cervical, com fixador externo em MIE.							
CONDUTAS: - MANTER PRECEDEX - OTIMIZAR ANALGESIA - RX DE TÓRAX							
EVOLUÇÃO TARDE: segue grave, em uso de prece dex, intubado em V.H. sem frotavel, afébril, mediotórax, diurese pouca, cd/condado umi							
EVOLUÇÃO NOTURNA:							

Aldo D. Chami Góes
INTEGROLOGISTA
CRM 40 - 1553

Aldo D. Chami Góes
INTEGROLOGISTA
CRM 40 - 1553



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

Paciente negro jovem, exatista com
bradicardia (74 bpm) e
lucido de Debutamina, em
uso de paracetamol, com ventura
ocular espontânea, adretila
com diurese normal e
copando o UTI

Leb. 121 mmol/L
apresenta

Ado D. Chambi Gomes
INFECTOLOGISTA
CRM 55.764

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

APÊNDICE II

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DR. SÉRGIO BRUNO
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco

I - EVOLUÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM UTI - HUERB			
Data: 07/01/18	Horário Avaliação: : hs; : hs; : hs	Leito: 14	
Nome: Diego de Souza Amorim		Idade: 22 anos	
Diagnóstico médico:	Data Int.: 04/11/18	D.I UTI:	dias
1. Nível de consciência: () () Orientado () () Alerta () () Calmo () () Agressivo () () Torporoso () () Desorientado () () Comatoso ☒ ☒ Sedado () () Outros:			
2. Escala de Glasgow: Total: () () () 3. Escala de RASS: (-4) (-4) (-4)			
4. Segurança emocional: () () Ansioso () () Triste () () Depressivo () () Outros:			
5. Regulação térmica: ☒ ☒ Afebril () () Subfebril () () Febril () () Hipotérmico			
6. Coloração e hidratação da pele e mucosas: ☒ ☒ Anictérico () () Ictérico ☒ ☒ Corado () () Hipocorado ☒ ☒ Acianótico () () Cianótico () () Anasarcado () () Hidratado () () Desidratado ☒ ☒ Rash cutâneo () () Outros:			
7. COONG e região cervical: Pupilas: ☒ ☒ Isocóricas () () Anisocóricas () () D<E () () D>E () () Miótica () () Midriática () () Discóricas ☒ ☒ Reativas () () Arreativas () () Outros: () () Otorrágia () () Otorréia () () Outros: () () Epistaxe () () Outros: ; () () Dentição prejudicada () () Prótese dentária () () Aparelho Ortodôntico () () Outros: 04 JAN 2019; Pescoço: () () Assimétrico () () Rigidez de nuca: () () Outros:			
Drenos:			
8. Tórax/AP. Respiratório: ☒ ☒ Eupneico () () Taquipneico () () Bradipneico () () Dispneico Simétrico () () Assimétrico () () Outros: ; Expansibilidade: ☒ ☒ Normal () () Aumentada () () Diminuída: () () MVF s/ RA () () MV diminuídos () () Roncos () () Sibilos () () Estertores () () Outros: () () Tiragem intercostal () () Batimento asa nariz () () Outros: () () Ar ambiente () () Tubo-T () () Suporte O2 % % % () () Máscara venturi % % % () () Cateter nasal L/min., L/min. L/min. () () Outros: ☒ ☒ VM Modo: PCV; PCV; VC: ; PEEP: 12; 12; 12 PS ou PC: ; FiO2: 100; 100; 100 () () Dreno de Torax () () Oscilante () () Funcionante Aspecto débito: () () Outros drenos:			
Ap. Cardiovascular: ☒ ☒ Eucárdico () () Bradicárdico () () Taquicárdico ☒ ☒ Normotenso () () Hipotenso () () Hipertenso; Pulso: () () Cheio () () Filiforme () () Rítmico () () Arritmico; Ausculta: () () BNRNF () () B+3 () () B+4 () () Sopros: () () Marcapasso: ☒ ☒ Outros: cora de velh.			
10. Estado Nutricional: ☒ ☒ Normal () () Acima do peso () () Emagrecido () () Desnutrido			
11. Nutrição: () () Dieta Zero: ☒ ☒ SNE/SOE () () SNG/SOG () () Gastrostomia () () Jejunostomia; Enteral ☒ ☒ Parenteral; Fluxo: ; ml/h; Aceitação VO: () () Total () () Parcial; Estase/Emese: () () Ausente () () Presente: () () Aberta: Quantidade: ; Restrição Hídrica: ml/dia; Teste sonda: () () Sim () () Não			
12. Regulação Abdominal: Abaulamento/Visceromegalia: ☒ ☒ Ausente () () Presente: ☒ ☒ Plano () () Globoso () () Distendido () () Gravidico () () Outros: () () Doloroso () () Indolor ☒ ☒ Flácido () () Rígido () () Outros: Ruídos hidroaéreos: ☒ ☒ Presente () () Diminuído () () Ausente () () Hiperativo Timpanismo: () () Presente () () Ausente () () Hipertimpanico () () Diminuídos Ostomias: () () Ileostomia () () Colostomia () () Fístula mucosa Aspecto: Drenos: () () Laminar () () Tubular () () Tubo-laminar () () Kehr () () Outros: Aspecto débito:			

13. Geniturinário: () () Cistostomia () () Nefrostomia () () Ureterostomia () () Outros: _____; () () Espontânea () () SVD () () Uropem () () Fralda () () SVA () () Fisiológica () () Límpida () () Concentrada () () Piúria () () Anúria () () Disúria () () Oligúria () () Poliúria () () Colúria () () Polaciúria () () Hematúria
Débito urinário: 800; 1800; Balanço Hidrico: _____
Função Renal Alterada: () () Sim () () Não Hemodialise: () () Não () () Sim UF: _____

14. Eliminação Intestinal: () () Ausente () () Presente Aspecto: _____
Ostomia – Aspecto: _____
Quantidade: _____; _____;

15. MMSS: Edema: _____/_____/_____/+4 () () Parestesia () () Plegia () () Fratura: _____
() () Amputação: _____; Sensibilidade: () () Preservada () () Diminuída () () Ausente
Motricidade: () () Preservada () () Diminuída () () Ausente; () () Lesões: _____
Perfusão capilar: () () Adequada () () Diminuída (< 2s) Cianose: () () Presente () () Ausente

16. MMII: Edema: _____/_____/_____/+4 () () Parestesia () () Plegia () () Fratura: MIE + TR
() () Amputação: _____; Sensibilidade: () () Preservada () () Diminuída () () Ausente
Motricidade: () () Preservada () () Diminuída () () Ausente; () () Lesões: _____
Perfusão capilar: () () Adequada () () Diminuída (< 2s) Cianose: () () Presente () () Ausente

17. SSVV: PA: _____/_____/_____ mmHg; Tax: _____ °C; FC: _____ bpm; FR: _____ rpm; SPO2: _____ %; ETCO2: _____ %
PA: _____/_____/_____ mmHg; Tax: _____ °C; FC: _____ bpm; FR: _____ rpm; SPO2: _____ %; ETCO2: _____ %
PA: 143/63 mmHg; Tax: 51 °C; FC: 82 bpm; FR: 15 rpm; SPO2: 100 %; ETCO2: _____ %

18. Gerenciamento de Risco: Queda ☒ Aspiração ☒ Extubação ☐ Flebite ☒ LPP ☒

19. Escala de Dor: LEVE MODERADA INTENSA
(0) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
_____ ; _____ ; _____

20. Integridade Cutaneomucosa: () () Preservada () () Comprometida: Local(is) e Descrição: _____
Trocado curativo de AVC, usando
borixidine alcoolica
Trocado curativo de fixação externa
MIE

21. Dispositivo/Cateter endovenoso: () () Periférico: Local/descrição: _____
() () Central: Local/descrição: deucath em S.D.

22. Soluções em infusão contínua: Soro + Nora + Vanco + Dobutaminas

23. Isolamento: () () Não () () Sim: Tipo e microorganismo: _____

24. Escala Braden: Total: 30 Prevenção: Colocação de PD para DLB
em bloco

III – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

() () 1. Desobstrução ineficaz das vias aéreas
() () 2. Padrão Respiratório ineficaz
() () 3. Risco de aspiração
() () 4. Troca de gases prejudicada
() () 5. Ventilação espontânea ineficaz
() () 6. Débito cardíaco diminuído
() () 7. Perfusão tissular periférica ineficaz
() () 15. Diarréia
() () 16. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais
() () 17. Integridade da pele prejudicada
() () 18. Mobilidade física prejudicada
() () 19. Risco de integridade da pele prejudicada
() () 20. Risco de infecção
() () 21. Confusão aguda

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DIEGO DE SOUZA AMARAL
ID paciente:
Data nascimento:
Cód barra: 2014675
Sexo: Masc
Cartão art.: UTI
Diagn.:
Médico:
Comentário:

ID amost: 14
Idade: 22 Ano
Tipo de amostra: Soro
Data da coleta: 08/11/2018
Hora da coleta:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	124	mg/dL	ALTO	74 - 106
URE	56	mg/dL	ALTO	10 - 50
CRE	0.7	mg/dL		0.7 - 1.2
Na	143 ✓	mmol/L		135 - 150
K	3.7 ✓	mmol/L	BAIXO	3.9 - 4.6
CL	104	mmol/L		90 - 110
CAL	8.0 ✓	mg/dL	BAIXO	8.5 - 10.5
MAG	1.7	mg/dL		1.7 - 2.5

/Hora solicitação: 08/11/2018

Data/Hora teste: 08/11/2018

Data/Hora impr.: 09/11/2018 05:25:34

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Luis Edgardo Riveron
Biomédico
CRM 74 No 248

05:25:34

Página 1 de 1

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DIEGO SOUZA
ID paciente:
Data nascimento:
Cód barra: 2015726
Sexo: Masc
Part.: UTI
Diagn.:
Médico:
Comentário:

ID amost: 46
Idade: 0 Ano
Tipo de amostra: Soro
Data da coleta: 09/11/2018
Hora da coleta:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
CPK	630	U/L	ALTO	0 - 195

Data/Hora solicitação: 09/11/2018

Data/Hora teste: 09/11/2018

Data/Hora impr.: 09/11/2018 16:28:44

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Elisana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: DIEGO DE SOUZA ANARAL (EME)
Requisicao: 18.PC.2.014071
m. do BE: 02595003

Idade...: 22A
Requis.: 10/11/2018

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,21	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	8,55	g/dL ✓	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	26,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCMB:.....	80,00	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	26,60	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,30	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.500	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	130	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	7	% ✓	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	455	mm3	
Segmentados:.....	71	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.615	mm3	
Linfocitos:.....	14	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	910	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	390	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.
HIPOCROMIA MODERADA

Liberado por: FABIOLA B FARTOLINO-CRBM-4 N|| 250 10/11/18 as 06:41 Coleta: 10/11/18 as 06:16-1a. Via Impressa: 10/11/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 154.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: FABIOLA B FARTOLINO-CRBM-4 N|| 250 10/11/18 as 06:41 Coleta: 10/11/18 as 06:16-1a. Via Impressa: 10/11/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Gleice E. R. Moraes
Biomedica
CRBM-4 nº 934/PL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DIEGO AMARAL

ID paciente:

ID amost: 15

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2014071

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 09/11/2018

Part.: UTI

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	104	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE	55 ✓	mg/dL	ALTO	10 - 50
CRE	0.7	mg/dL		0.7 - 1.2
Na	136	mmol/L		135 - 150
K	3.7 ✓	mmol/L	BAIXO	3.9 - 4.6
CL	100	mmol/L		90 - 110
AL	7.8 ✓	mg/dL	BAIXO	8.5 - 10.5
MAG	1.9	mg/dL		1.7 - 2.5
LACT	9.0	mg/dL		4.5 - 19.8

Data/Hora solicitação: 09/11/2018

Data/Hora teste: 09/11/2018

Data/Hora impr.: 10/11/2018 06:41:22

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Fabiola B. Martolino
Biomedica
CRBM-4 Nº 250

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Página 1 de 1

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 707, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: DIEGO DE SOUZA AMARAL (EME)
Requisicao: 18.PC.2.014122
Num. do BE: 02595003

Idade.: 22A
Requis.: 11/11/2018

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,49	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	9,22	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	28,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	81,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	26,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,50	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	12.000	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	360	/mm3	
Neutrofilos:.....	4	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	480	/mm3	
Mielocitos:.....	1	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	120	/mm3	
Bastões:.....	10	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	1.200	/mm3	
Segmentados:.....	54	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.480	/mm3	
Linfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.400	/mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	960	/mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Observacao:.....	Hipocromia		

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: KATHLEN C.DA S.JANSEN - CRF/AC 069 12/11/18 as 05:44 Coleta: 12/11/18 as 04:46-1a. Via Impressa: 12/11/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 257.000 /mm3 235.000 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: KATHLEN C.DA S.JANSEN - CRF/AC 069 12/11/18 as 05:44 Coleta: 12/11/18 as 04:46-1a. Via Impressa: 12/11/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Kathlen C. S. Jansen
Farmacêutica/Bioquímica
CRF - AC/069

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DIEGO DE SOUZA AMARAL

ID paciente:

ID amost: 12

Data nascimento:

Idade: 22 Ano

Cód barra: 2014122

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 11/11/2018

Art.: UTI

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	111	mg/dL	ALTO	74 - 106
URE	52	mg/dL	ALTO	10 - 50
CRE	0.7	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2
Na	141	mmol/L		135 - 150
K	4.5	mmol/L		3.9 - 4.6
CL	105	mmol/L		90 - 110
CAL	8.1	mg/dL	BAIXO	8.5 - 10.5
MAG	2.0	mg/dL		1.7 - 2.5

Data/Hora solicitação: 11/11/2018

Data/Hora teste: 11/11/2018

Data/Hora impr.: 12/11/2018 05:32:03

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Página 1 de 1



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de terapia intensiva - HUERB

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

FISIOTERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO DIÁRIA

DIAS DE INT.

PACIENTE: DIEGO DE SOUZA AMARAL		IDADE: 22 A		LEITO: 14		DATA: 16/11/2018	
ALTURA: cm		PESO PREDITO: Kg					
VOL. CORRENTE MÍNIMO:		VOL. CORRENTE ALVO:		VOL. CORRENTE MÁXIMO:			
NEUROLÓGICO	GLASGOW:	☐ ARREATIVAS ☐ FOTORREATIVAS ☐ MIÓTICAS ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐ D ___ E ☐ MIDRIASE ☐ OUTROS					
	SEDAÇÃO	☐ SIM ☒ NÃO - QUAL? _____ RASS: _____					
HEMODINÂMICA	DROGA VASOATIVA	☐ SIM ☒ NÃO - QUAL? _____					
	SINAIS VITAIS: PA	126 x 40		FC - 93		TAX - FR - PCP:	
RESPIRATÓRIO	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA:	☐ SIM ☒ NÃO - TOT: _____ DIAS/ N°: _____ TQT: _____ DIAS/ N°					
	SUPORTE VENTILATÓRIO:	☐ VMI ☐ VNI ☐ TUBO T ☐ MÁSCARA DE VENTURI ☐ CATETER NASAL					
VENTILAÇÃO MECÂNICA	N° FIXAÇÃO:	PRESSÃO DO CUFF:					
	TIPO	VC		T. INSP:			
	PS:	P. INSP:		SENSIBILIDADE:			
	FLUXO:	PEEP:		FIO ₂ : 21%			
	SatO ₂ : 100%	ETCO ₂ :		FR:			
GASOMETRIA: HORA:		BE:	Ph:	PaO ₂ :	PaCO ₂ :	Fio ₂ :	HcO ₃ :
EXAME FÍSICO:		PaO ₂ i:		FIO ₂ i:	RELAÇÃO PO ₂ /FIO ₂ :		
CONDUTAS E INTERVENÇÕES: <i>5 CT recebidos nos parâmetros acima citados. Feito posicionamento no leito + limpeza de cateteres.</i>							
CONDUTAS E INTERVENÇÕES: <i>Realizado VNI por 150 minutos + cicloergometria.</i>							
FISIOTERAPEUTA: <i>Dr. Ismaely Soares Dourado</i> Fisioterapeuta CREFITO - 189132 - F							

VESPERTINO

NEUROLÓGICO	GLASGOW:	☐ ARREATIVAS ☐ FOTORREATIVAS ☐ MIÓTICAS ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐ D ___ E ☐ MIDRIASE ☐ OUTROS					
	SEDAÇÃO	☐ SIM ☐ NÃO - QUAL? _____ RASS: _____					
HEMODINÂMICA	DROGA VASOATIVA	☐ SIM ☐ NÃO - QUAL? _____					
	SINAIS VITAIS: PA			FC - TAX - FR - PCP :			
RESPIRATÓRIO	ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA:	☐ SIM ☐ NÃO - TOT: _____ DIAS/ N°: _____ TQT: _____ DIAS/ N°					
	SUPORTE VENTILATÓRIO:	☐ VMI ☐ VNI ☐ TUBO T ☐ MÁSCARA DE VENTURI ☐ CATETER NASAL					
VENTILAÇÃO MECÂNICA	N° FIXAÇÃO:	PRESSÃO DO CUFF:					
	TIPO	VC		T. INSP:			
	PSV:	P. INSP:		SENSIBILIDADE:			
	FLUXO:	PEEP:		FIO ₂ :			
	SatO ₂ :	ETCO ₂ :		FR:			
GASOMETRIA: HORA:		BE:	Ph:	PaO ₂ :	PaCO ₂ :	Fio ₂ :	HcO ₃ :
EXAME FÍSICO:		PaO ₂ i:		FIO ₂ i:	RELAÇÃO PO ₂ /FIO ₂ :		
CONDUTAS E INTERVENÇÕES:							
CONDUTAS E INTERVENÇÕES:							
FISIOTERAPEUTA:							



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
Unidade de terapia intensiva - HUERB

NOTURNO:

NEUROLÓGICO		GLASGOW:		☐ ARREATIVAS ☐ FOTORREATIVAS ☐ MIÓTICAS ☐ ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐ D _ E ☐ MIDRIÁSE ☐ OUTROS	
		SEDAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO – QUAL?		RASS:	
HEMODINÂMICA		DROGA VASOATIVA ☐ SIM ☐ NÃO – QUAL?			
		SINAIS VITAIS: PA - FC - TAX - FR - PCP :			
RESPIRATÓRIO		ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA: ☐ SIM ☐ NÃO - TOT: DIAS/Nº: TQT: DIAS/Nº			
		SUPORTE VENTILATÓRIO: ☐ VMI ☐ VNI ☐ TUBO T ☐ MÁSCARA DE VENTURI ☐ CATETER NASAL			
		Nº FIXAÇÃO: PRESSÃO DO CUFF:			
VENTILAÇÃO MECÂNICA		TIPO		VC	
		PSV:		P. INSP:	
		FLUXO:		PEEP:	
		SatO ² :		ETCO ² :	
		RELAÇÃO: I:E		FR:	
GASOMETRIA:		HORA:		EXAMES: ☐ RX ☐ TC ☐ RMN	
BE:		Ph:		PaO ₂ :	
PaO ₂ i:		FIO ₂ i:		PaCO ₂ Fio ₂ HcO ₃	
EXAME FÍSICO:		RELAÇÃO PO ₂ /FIO ₂ :			
CONDUTAS E INTERVENÇÕES:					
FISIOTERAPEUTA:					

INTERCORRÊNCIAS

SAME / HUEPB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: DIEGO DE SOUZA AMARAL (EME)
Requisicao: 18.PC.2.014245
Num. do BE: 02595003

Idade...: 22A
Requis.: 14/11/2018

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Mécor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,56	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	9,13	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	29,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	82,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	25,70	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	31,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	18.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	748	mm3	
Neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Monocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	5	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	935	mm3	
Segmentados:.....	75	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	14.025	mm3	
Linfocitos:.....	10	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.870	mm3	
Monocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	1.122	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....	Hipocromia		

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: MICHELE JABRA DA SILVA 15/11/18 as 06:25 Coleta: 15/11/18 as 06:25

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:.....	358.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
-----------------	---------	------	-------------------------

Liberado por: MICHELE JABRA DA SILVA 15/11/18 as 06:26 Coleta: 15/11/18 as 05:41-1a. Via Impressa: 15/11/18

SAO PAULO / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

CRBM 778/PA
Blomédica

Elaine S. Ferreira Sariva

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB/UT

RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome	Diego de Souza Amorim										N.º Leito
Data	04/11	05/11	06/11	07/11	08/11	09/11	10/11	11/11	12/11	13/11	
Hora	23h										
Tipo Vest.											
Modo de ventilação											
rIO ₂											
FR											
PEEP											
PI											
VC/T isp											
Fluxo	R- 198										
PH	7,41			7,48							
PO ₂	99,3			74,9							
PCO ₂	32,1			36,5							
Bicarb.	23,4			26,6							
SatO ₂	98%			95,8							
BE	-0,7			3,1							
Sódio	141	140	141	144	142	143	136	141		136	
Potássio	4,5	4,4	3,6	3,4	3,4	3,7	3,2	4,1		4,7	
Calcio	7,8	8,5	8,4	7,9	7,7	8,0	7,8	8		8,6	
Magnésio	1,2	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7	1,9	1,7		2,0	
Cloro	105	103	100	104	104	104	100	102		100	
Uréia	35	32	28	45	56	56	55	55		40	
Creatinina	1,0	0,9	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9		0,7	
Glicemia	124	166	149	136	125	124	104	103		94	
Amilase	43										
Bilir. D.	0,7										
Bilir. I.	0,1										
F. alc.	1,57										
TGO	1,5										
TGP	66										
GGT	13										
CPK	6199	6029									
CKMB	94										
DHL											
Albumina											
Coolest. total											
Triglic.											
Troponina											
Lactato	13,9	11,8					9,0				
Hb	7,67	7,19	7,79	8,00	7,02	9,4	8,5	9,5	9,25	10,10	
Ht	23	23%	23%	25%	24%	24	26	29	28%	32%	
Leucócitos	17.400	18100	18.100	18.000	13.000	9.900	6.500	12.400	12.000	18.600	
Mielócitos		0									
Meta		0									
Bastonetes		5%	12%	6%	7%	3	2%	12%	10%	10%	
Segmentados	80%	91%	77%	70%	66%	80	71%	70%	54%	62%	
Eosinófilos	2%	0%	0%	4%	6%	2	2%	2%	3%	0%	
Basófilos											
Linfócitos	12%	3%	2%	13%	11%	20	14%	6%	20%	18%	
Plaquetas	131000	136000	132.000	130.000	145.000	157.000	154.000	225.000	252.000	217.000	
TS											
TC											
TAP	11012	22/3,20									
Fibrinogênio											

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

[illegible]

DATA	/ /	/ /	/ /	/ /
LIQUOR				

DATA	/ /	/ /	/ /	/ /
SOROLOGIAS				

[illegible]

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB/UTI

RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS

Nome	N.º Leito	
Nome	Diego de Souza Amaral	
Data	34/11	15/11
Hora		
Tipo Vest.		
Modo de ventilação		
FIO ₂		
FR		
PEEP		
PI		
VC/T isp		
Fluxo		
PH		
PO ₂		
PCO ₂		
Bicarb.		
SatO ₂		
BE		
Sódio	342	136
Potássio	4.4	4.6
Calcio	8.2	8.2
Magnésio	2.1	2.1
Cloro	103	100
Uréia	38	41
Creatinina	0.8	0.6
Glicemia	95	98
Amilase		
Bilir. D.		
Bilir. I.		
F. alc.		
TGO		
TGP		
GGT		
CPK		
CKMB		
DHL		
Albumina		
Colest. total		
Triglic.		
Troponina		
Lactato		
Hb	2.44	2.13
Ht	30%	29%
Leucócitos	18.000	18.100
Mielócitos		
Meta		
Bastonetes	7%	5%
Segmentados	70%	75%
Eosinófilos	2%	4%
Basófilos		
Linfócitos	13%	10%
Plaquetas	322.000	353.000
TS		
TC		
TAP		
Fibrinogênio		



Paciente
ABO/Rh

A+

Marlene Barros
Biomédica
CRBM 1879/PA
Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data: 06/11/2018

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Diego de Sousa Amaral
Data de Nascimento: 18/09/1996 Idade: 22a Gênero: ☒ M ☐ F Nº Registro/BE: 2595003
Exames Pré Transfusionais: P.A.I. ☒ Negativo ☐ Positivo P.C. ☒ Compatível ☐ Incompatível TH ☒ Negativo ☐ Positivo
Clínica/Enfermaria: UM Leito: 14 Nº SUS: 706.2030.5280.5969

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

2.1. TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO/RH	NUMERO DAS BOLSAS
	C	A+ 011281031025
	H	
	P	
	F	
	C	
OUTROS	P	
	()	

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - AT/HUEB

☒ 1. Normal ☐ 2. Rótulo Não Integro ☐ 3. Coloração Anormal ☐ 4. Coágulo ☐ 5. Turvação ☐ 6. Sistema Violado
☐ 7. Outros Indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s) Assinaladas de 2 a 7:

Em caso de Incompatibilidade, Indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s):

3. CHECKLIST E INSPEÇÃO VISUAL - CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

1. Informações do Rotulo: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de internação, volume, resultados dos testes e integridade do Fótulo.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre rompido, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
3. Informações da RT e Protocolo de Liberação: Nome do Paciente, idade, ABO/Rh, endereço de internação e numero das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação da bolsa e alteração do conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUSÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº <u>0112181031025</u>					2ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC
Início	11:50	114x55	36,2	18	62					
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:				
Foi observado Não Conformidade durante o checklist /Inspeção Visual? ☐ Sim ☒ Não						Descrição da Não Conformidade:				
REGISTROS	3ª BOLSA Nº					4ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:				
Foi observado Não Conformidade durante o checklist /Inspeção Visual? ☐ Sim ☐ Não						Descrição da Não Conformidade:				

Paciente
ABO/Rh

Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data: / /

REGISTROS	5ª BOLSA Nº					6ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC
Inicial										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento				
4.2. REAÇÃO TRANSFUSIONAL? ☐ Não ☐ Sim Data do Procedimento: / /						4.3. CASO OCORRA REAÇÃO TRANSFUSIONAL INDICAR: 1º. Tipo de Componente: 3º. Preencher o Capítulo 5. 2º. Número da Bolsa: Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe				

5. RELATÓRIO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
5.1. A REAÇÃO TRANSFUSIONAL FOI VERIFICADA EM QUE MOMENTO DA TRANSFUSÃO?			
☐ No início da Transfusão	☐ Horas após a Transfusão	☐ No fim da Transfusão	Indicar o Horário:
5.2. POSSÍVEIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:		5.3. CONDUTA ADOTADA PARA MINIMIZAR MANIFESTAÇÕES E RISCOS:	
☐ Calafrio	☐ Dispneia		
☐ Dor Lombar	☐ Hipertensão		
☐ Dor Abdominal	☐ Edema Pulmonar Agudo		
☐ Náuseas	☐ Hemonoglobinúria		
☐ Vômito	☐ Púrpura		
☐ CIVD	☐ Taquicardia		
☐ Choque	☐ Cianose		
☐ Febre	☐ Icterícia		
☐ Urticária	☐ Outros		
5.4. OBSERVAÇÕES:			
		Data: / /	
		Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe	

ATO TRANSFUSIONAL

- Acomodar confortavelmente o paciente;
- Selecionar acesso venoso **exclusivo** para transfusão (escolher um acesso que proporcione ao paciente maior mobilidade e conforto possíveis). Manter o acesso venoso com SF0,9%;
- Equipo específico para transfusão;
- Realizar identificação ativa e passiva e certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações da etiqueta estão em conformidade (Devolver a bolsa à Agência Transfusional diante de qualquer discrepância apresentada na etiqueta da unidade).
- Redobrar a atenção ao paciente impossibilitado de se comunicar, inconsciente, confuso, em centro cirúrgico.
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Instalar e iniciar a transfusão lentamente;
- Controlar o fluxo de infusão, conforme estado clínico do paciente e prescrição médica (Cardiopatias, nefropatas, idosos e crianças);
- Não remover a etiqueta de identificação até o término da transfusão;
- Não perfurar e adicionar qualquer tipo de medicamentos ou solução na bolsa;
- Aferir e registrar os sinais vitais.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

- Interromper a transfusão;
- Manter acesso venoso com solução fisiológica 0,9%;
- Verificar, a beira de leito, se o hemocomponente foi corretamente administrado ao paciente destinado;
- Verificar e registrar sinais vitais;
- Comunicar o ocorrido ao médico assistente e a Agência Transfusional;
- Preencher o Relatório de Reação Transfusional (Item 5);
- Coletar nova amostra do paciente e encaminhar a Agência Transfusional – AT/HUERB.
- Quando indicado, encaminhar o hemocomponente e seu equipo para o serviço de hemoterapia (Agência Transfusional/HUERB);
- Registrar em prontuário.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Paciente ABO/Rh A+	 Biomédica CRM 1879/PA Assinatura/Carimbo/Data Bioquímico/Bioquímico Responsável
Uso restrito da AT/HUEB	

REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB**

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Diego de Souza Amorim			
REGISTRO Nº: 2595003		CARTÃO SUS Nº: 706.2030.5200.5969	
GÊNERO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO	PESO (Kg): 75	IDADE: 22	DN: 18/09/1996
NIA: ☐ ÍNDIO ☐ NEGRO	BRANCO	MULATO	AMARELO
SETOR DE INTERNAÇÃO: Urg		ENFERMARIA: 14	
TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☐ NÃO ☐ SIM		QUANDO: 1/1	
ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA 1/1	MULTÍPARA ☐ ABORTO ☐ *NA		
REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA? ☐ NÃO ☐ SIM	QUANDO: 1/1 QUAL? 1/1		
NOME COMPLETO DA MÃE: Sandra Maria de Souza Nogueira			
INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID): Mulheres Agudas / TRM Torácica			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID): alt.			

EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE	DATA	EXAME	RESULTADO	DATA	EXAME	RESULTADO
	06/11/18	Hb (g/dL)	7.7		TTPA	
		Ht (%)	23.7		FIBRINOGENIO	
		TP (%INR)			PDT	
		Plaquetas x 1000/mm³			D-DÍMEROS	

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA	DATA: 1/1	ROTINA	URGENTE	EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)
------------	------------------	--------	---------	-------------------------------

TRANSFUSÃO DE ROTINA: poderá ser feita dentro de 24 horas
TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (extrema urgência): O prazo máximo da transfusão, a partir do momento em que o paciente for admitido, não poderá ultrapassar 3 horas.

3.1. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr.ª Claudineia Martins CRM-1981-AC Clínica Médica	Data da Solicitação: 06/11/18 Hora da Solicitação: 07 h 00 min.
--	--

4. DADOS DO(S) HOMOCOMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	VOLUME EM ml	Nº DE BOLSAS	OBSERVAÇÕES
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE (CPA)			
CRIOPRECIPITADO (CRIO)			

4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

CH LAVADO	IRRADIADO
DELEUCOCITADO	FENOTIPADO
ST RECONSTITUÍDO VOLUME	OUTROS:

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos concentrados de hemácias solicitados, sem a finalização dos Testes Pré Transfusionais, justificada por risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade de hemoterapia (AT/HUEB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente que possa decorrer da prática acima autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível/carimbo.

6. ENTRADA DA REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO (RT) NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)

HORÁRIO	DATA	IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISIÇÃO/AMOSTRA
10:45h	06.11.18	

Nota: conforme RDC 57/2010 e Port. MS 1.353/2011, o Serviço de Hemoterapia não deve aceitar Requisição de Transfusão com preenchimento incompleto das informações.
*NA: não se Aplica

AGÊNCIA TRANSFUSIONAR DO ACRE

PACIENTE: Diego de Souza Fernal

ENFERMIA: UTI LETO: 14 DATA DO EXAME: 06/11/18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112181031025 TIPO: CH

ABO/RHD: A+ VOLUME: 282 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: ☒ Compatível
☐ Incompatível ☐ Não Realizada ☐ Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES:
☒ Negativa ☐ Positiva ☐ Não Realizada

RESPONSÁVEL
Márcia
Martine Soares
 Biomédica
 IRBM 1879/PA

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Paciente: ABO/Rh A+	 Mariana de Barros Biomédica CRM 1879/PA Assinatura/Carimbo/Data Bionédico/Bioquímico Responsável
Uso restrito da AT/HUEB	

REQUISICÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB**

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Diego de Souza Amorim	
REGISTRO Nº: 2595003	CARTÃO SUS Nº: 706.2030.5200.5969
GÊNERO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO	PESO (Kg): 75 IDADE: 22 DN: 18/09/1996
NIA: ☐ ÍNDIO ☐ NEGRO ☐ BRANCO ☒ MULATO ☐ AMARELO	
SETOR DE INTERNAÇÃO: UTI	ENFERMARIA: 14
TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☐ NÃO ☐ SIM	QUANDO: 1/1
ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA 1/1 ☐ MULTÍPARA ☐ ABORTO ☐ *NA	
REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA? ☐ NÃO ☐ SIM	QUANDO: 1/1 QUAL? 1/1
NOME COMPLETO DA MÃE: Sandra Maria de Souza Nogueira	
INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID): Mieloma Agudo / TRM Torácico	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID): acta.	

EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE	DATA	EXAME	RESULTADO	DATA	EXAME	RESULTADO
	06/11/18	Hb (g/dL)	17		TTPA	
		Ht (%)	23.1		FIBRINOGENIO	
		TP (%INR)			PDT	
		Plaquetas x 1000/mm³			D-DÍMEROS	

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA	DATA: 1/1	ROTINA	URGENTE	EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)
------------	------------------	--------	---------	-------------------------------

TRANSFUSÃO DE ROTINA: poderá ser feita dentro de 24 horas
TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (extrema urgência): deverá ser feita no momento da transfusão, poder acarretar risco para a vida do paciente, neste caso preencher o campo 3.1.

Dr.ª Claudineia Malta
CRM-1081-AC
Clínica Médica

3.1. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome Completo/Assinatura/Número do CRM	Data da Solicitação: 06/11/18
	Hora da Solicitação: 9 h 00 min.

4. DADOS DO(S) HOMOCOMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	VOLUME EM ml	Nº DE BOLSAS	OBSERVAÇÕES
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE (CPA)			
CRIOPRECIPITADO (CRIO)			

4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ CH LAVADO	☐ IRRADIADO
☐ DELEUCOCITADO	☐ FENOTIPADO
☐ ST RECONSTITUIDO VOLUME	☐ OUTROS:

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos concentrados de hemácias solicitados, sem a finalização dos Testes Pré Transfusionais, justificada por risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade hemoterápica (AT/HUEB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente e que possa decorrer da prática acima autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível/carimbo.

6. ENTRADA DA REQUISICÃO PARA TRANSFUSÃO (RT) NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)

HORÁRIO	DATA	IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISICÃO/AMOSTRA
10:45h	06.11.18	uclau

Nota: conforme RDC57/2010 e Port. MS 1.353/2011, o Serviço de Hemoterapia não deve aceitar Requisição de Transfusão com preenchimento incompleto das informações.
*NA: não se aplica

AGÊNCIA TRANSFUSIONAR	
PACIENTE: <u>Diego de Souza Amaral</u>	
ENFERMARIA: <u>07</u>	LEITO: <u>14</u>
DATA DO EXAME: <u>06/11/18</u>	
Nº HEMOCOMPONENTE: <u>0112181031025</u>	
TIPO: <u>CH</u>	
ABO/RhD: <u>A+</u>	VOLUME: <u>282</u> ml.
PROVA DE COMPATIBILIDADE: (x) Compatível	
() Incompatível () Não Realizada () Não se aplica	
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES:	
☒ Negativa () Positiva () Não Realizada	
RESPONSÁVEL	
<u>Marlene Soares</u>	
Biomédica	
CRBM 1879/PA	

SAME / JUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Paciente
ABO/Rh

A+

Marlene Barros
Biomédica
CRM 1879/PA
Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data: 03/11/2018

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Diego de Souza Araújo
Data de Nascimento: 18/04/1996 Idade: 22 Gênero: ☒ M ☐ F Nº Registro/BE: 2595003
Exames Pré Transfusionais: P.A.I. ☒ Negativo ☐ Positivo P.C. ☒ Compatível ☐ Incompatível TH ☒ Negativo ☐ Positivo
Clínica/Enfermaria: 017 Leito: 14 Nº SUS: 706.2030.5280.5969

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

2.1. TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO/RH	NUMERO DAS BOLSAS
	C	
	H	
	P	
	F	
	C	
	P	
	OUTROS	

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA – AT/HUERB

☒ 1. Normal ☐ 2. Rótulo Não Integro ☐ 3. Coloração Anormal ☐ 4. Coágulo ☐ 5. Turvação ☐ 6. Sistema Violado
☐ 7. Outros Indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s) Assinaladas de 2 a 7:

Em caso de incompatibilidade, Indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s):

3. CHECKLIST E INSPEÇÃO VISUAL – CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

1. Informações do Rótulo: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de internação, volume, resultados dos testes e integridade do Rótulo.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre rompido, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
3. Informações da RT e Protocolo de Liberação: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de internação e número das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação da bolsa e alteração do conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUSÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº <u>011 2181031004</u>						2ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC		HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Início	<u>12:30</u>	<u>113x54</u>	<u>36.8</u>	<u>23</u>	<u>65</u>						
Após 15'											
Após 30'											
Após 1h	<u>14:15</u>	<u>145x77</u>		<u>22</u>	<u>55</u>						
Após 2h											
Término											
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: <u>E. Arc. Paulo + Edna</u>						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:					
Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☐ Sim ☒ Não						Descrição da Não Conformidade:					
REGISTROS	3ª BOLSA Nº						4ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC		HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Início											
Após 15'											
Após 30'											
Após 1h											
Após 2h											
Término											
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:					
Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☐ Sim ☒ Não						Descrição da Não Conformidade:					


 Paciente
ABO/Rh

 Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data: ____/____/____

REGISTROS	5ª BOLSA Nº					6ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Inicial										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento				
4.2. REAÇÃO TRANSFUSIONAL? ☐ Não ☐ Sim Data do Procedimento: ____/____/____						4.3. CASO OCORRA REAÇÃO TRANSFUSIONAL INDICAR: 1º. Tipo de Componente: _____ 2º. Número da Bolsa: _____ 3º. Preencher o Capítulo 5.				
						Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe				

5. RELATÓRIO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL		
5.1. A REAÇÃO TRANSFUSIONAL FOI VERIFICADA EM QUE MOMENTO DA TRANSFUSÃO?		
☐ No início da Transfusão	☐ Horas após a Transfusão	☐ No fim da Transfusão
		Indicar o Horário: _____
5.2. POSSÍVEIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:		5.3. CONDUTA ADOTADA PARA MINIMIZAR MANIFESTAÇÕES E RISCOS:
☐ Calafrio ☐ Dor Lombar ☐ Dor Abdominal ☐ Náuseas ☐ Vômito ☐ CIVD ☐ Choque ☐ Febre ☐ Urticária	☐ Dispneia ☐ Hipertensão ☐ Edema Pulmonar Agudo ☐ Hemoglobinúria ☐ Púrpura ☐ Taquicardia ☐ Cianose ☐ Icterícia ☐ Outros	
5.4. OBSERVAÇÕES:		
Data: ____/____/____		Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe

ATO TRANSFUSIONAL

- Acomodar confortavelmente o paciente;
- Selecionar acesso venoso exclusivo para transfusão (escolher um acesso que proporcione ao paciente maior mobilidade e conforto possíveis). Manter o acesso venoso com SF0,9%;
- Equipo específico para transfusão;
- Realizar identificação ativa e passiva e certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações da etiqueta estão em conformidade (Devolver a bolsa à Agência Transfusional diante de qualquer discrepância apresentada na etiqueta da unidade).
- Redobrar a atenção ao paciente impossibilitado de se comunicar, inconsciente, confuso, em centro cirúrgico.
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Instalar e iniciar a transfusão lentamente;
- Controlar o fluxo de infusão, conforme estado clínico do paciente e prescrição médica (Cardiopatas, nefropatas, idosos e crianças);
- Não remover a etiqueta de identificação até o término da transfusão;
- Não perfurar e adicionar qualquer tipo de medicamentos ou solução na bolsa;
- Aferir e registrar os sinais vitais.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

- Interromper a transfusão;
- Manter acesso venoso com solução fisiológica 0,9%;
- Verificar, a beira de leito, se o hemocomponente foi corretamente administrado ao paciente destinado;
- Verificar e registrar sinais vitais;
- Comunicar o ocorrido ao médico assistente e a Agência Transfusional;
- Preencher o Relatório de Reação Transfusional (Item 5);
- Coletar nova amostra do paciente e encaminhar a Agência Transfusional – AT/HUEB.
- Quando indicado, encaminhar o hemocomponente e seu equipo para o serviço de hemoterapia (Agência Transfusional/HUEB);
- Registrar em prontuário.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
LABORATÓRIO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - AT/HUERB

Paciente
ABO/Rh
A+

Uso restrito da
AT/HUERB

Assinatura/Carimbo/Data
Biomédica
TAM 1879/PA
Assinatura/Carimbo/Data
Bioquímica/Bioquímico Responsável

REQUISICÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB**

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: **Diego de Souza Amaral**

REGISTRO Nº: **2595003**

CARTÃO SUS Nº **706.2030.5280.5969**

GÊNERO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO PESO (Kg): IDADE: **22** DN: **18/04/1996**
TNIA: ☐ INDIO ☐ NEGRO ☐ BRANCO ☐ MULATO ☐ AMARELO

SETOR DE INTERNAÇÃO: **Un** ENFERMARIA: LEITO: **14**

TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO **1/1**

ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA **1/1** ☐ MULTÍPARA ☐ ABORTO ☐ *NA

REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO **1/1** QUAL?

NOME COMPLETO DA MÃE: **Sandra Maria de Souza Roqueira**

INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID): **TRM / Sepse**

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID):

EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE	DATA	EXAME	RESULTADO	DATA	EXAME	RESULTADO
	08/11/18	Hb (g/dL)	7,5		TTPA	
		Ht (%)	23%		FIBRINOGENIO	
		TP (%INR)			PDT	
		Plaquetas x 1000/mm³			D-DÍMEROS	

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA DATA **1/1** ROTINA URGENTE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

TRANSFUSÃO DE ROTINA: poderá ser feita dentro de 24 horas

TRANSFUSÃO URGENTE: deve ser feita nas próximas 3 horas

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (extrema urgência): Quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente, neste caso preencher o campo 3.1.

Dr^a Claudineia Magalhães

4. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM 1081-AC

Clinica Médica

Nome Completo/Assinatura/Número do CRM

Data da Solicitação: **08/11/18**

Hora da Solicitação **8 h 20 min.**

4. DADOS DO(S) HOMOCOMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	VOLUME EM ml	Nº DE BOLSAS	OBSERVAÇÕES
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)			
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE (CPA)			
CRIOPRECIPITADO (CRIO)			

4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ CH LAVADO	☐ IRRADIADO
☐ DELEUCOCITADO	☐ FENOTIPADO
☐ ST RECONSTITUIDO VOLUME	☐ OUTROS:

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos concentrados de hemácias solicitados, sem a finalização dos Testes Pré Transfusoriais, justificada por risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade hemoterápica (AT/HUERB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente que possa decorrer da prática acima autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível/carimbo.

6. ENTRADA DA REQUISICÃO PARA TRANSFUSÃO (RT) NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)

HORÁRIO	DATA	IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISICÃO/AMOSTRA
10:12h	08.11.18	George

Nota: conforme RDC 57/2010 e Port. MS nº 253/2011, o Serviço de Hemoterapia não deve aceitar Requisição de Transfusão com preenchimento incompleto das informações.
*NA: não se Aplica

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

IE: Diego de Souza Junior DATA DO ENVIO: 08.11.18

ENFERMARIA: 07 LEITO: 14 TIPO: CH

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112181031004

ABO/RHD: A+ VOLUME: 258 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: ☒ Compatível
☐ Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES:
☒ Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL:
Martine Santos
 Biomédica
 CRBM 1879/PA

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB

NOME:

Diego Souza Amorim

IDADE:

22

ANOS

RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado:

Vesícula Biliar:

E - FAST

Pâncreas:

Rins:

Aorta:

Baço:

Bexiga:

Conclusão:

Presença de líquidos livres
a pariete no momento

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

21:00

03.11.19

Elisângela Aguiar
Médica
Rég. AC 1061



Paciente
ABO/Rh
A +

José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico
Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data **05/11/18**

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: **Wesley de Souza Amaral**
Data de Nascimento: **18/10/1976** Idade: **22** Gênero: ☐ M ☐ F Nº Registro/BE: **2595603**
Exames Pré Transfusionais: P.A.I. ☒ Negativo ☐ Positivo P.C. ☐ Compatível ☐ Incompatível TH ☒ Negativo ☐ Positivo
Clínica/Enfermaria: **UTI** Leito: **14** Nº SUS: **706.2030.220.2969**

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

2.1. TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO/RH	NUMERO DAS BOLSAS			
	C	A+	0112181031008		
	H				
	P	A+	0112180929003	0112180927010	0112180829024
	F				
	C				
C	P				
	P				
OUTROS	()				
	()				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - AT/HUERB

☒ 1. Normal ☐ 2. Rótulo Não Integro ☐ 3. Coloração Anormal ☐ 4. Coágulo ☐ 5. Turvação ☐ 6. Sistema Violado
☐ 7. Outros Indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s) Assinaladas de 2 a 7:
Em caso de incompatibilidade, Indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s):

3. CHECKLIST E INSPEÇÃO VISUAL - CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

1. Informações do Rotulo: Nome do Paciente, idade, ABO/Rh, endereço de internação, volume, resultados dos testes e integridade do Rótulo.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre rompido, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
3. Informações da RT e Protocolo de Liberação: Nome do Paciente, idade, ABO/Rh, endereço de internação e numero das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação da bolsa e alteração do conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUSÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº 0112180929003					2ª BOLSA Nº 0112180927010				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Início	07:28	?	37,5	18	82	08:00	?	37,5	18	68
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término	08:58	?	37,4	18	62	08:20	?	37,5	16	64
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: <i>Angela Paula Santos</i> Enfermeira COREN-AC 81.388						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: <i>Angela Paula Santos</i> Enfermeira COREN-AC 81.388				
Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☒ Não						Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☒ Não				

REGISTROS	3ª BOLSA Nº 0112180829024					4ª BOLSA Nº 0112180724056				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Início	08:25	?	37,5	16	64	08:47	?	37,5	18	63
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término	08:45	?	37,4	16	65	09:10	?	37,4	18	63
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: <i>Angela Paula Santos</i> Enfermeira COREN-AC 81.388						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: <i>Angela Paula Santos</i> Enfermeira COREN-AC 81.388				
Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☒ Não						Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☒ Não				

Paciente:
ABO/Rh

Assinatura e Carimbo Biomédico/Bioquímico
Responsável

Data: / /

REGISTROS	5ª BOLSA Nº					6ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tª AXILAR	FR	FC
Inicial	09:20	175 x 68	36,1	16	66					
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término	11:40	166 x 92	35,7	16	64					
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento				
4.2. REAÇÃO TRANSFUSIONAL? ☒ Não ☐ Sim						4.3. CASO OCORRA REAÇÃO TRANSFUSIONAL INDICAR: 1º. Tipo de Componente: 3º. Preencher o Capítulo 5.				
Data do Procedimento 05.11.2018						Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe				

5. RELATÓRIO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
5.1. A REAÇÃO TRANSFUSIONAL FOI VERIFICADA EM QUE MOMENTO DA TRANSFUSÃO?			
☐ No início da Transfusão	☐ Horas após a Transfusão	☐ No fim da Transfusão	Indicar o Horário:
5.2. POSSÍVEIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:		5.3. CONDUTA ADOPTADA PARA MINIMIZAR MANIFESTAÇÕES E RISCOS:	
☐ Calafrio	☐ Dispinéia		
☐ Dor Lombar	☐ Hipertensão		
☐ Dor Abdominal	☐ Edema Pulmonar Agudo		
☐ Náuseas	☐ Hemonoglobinúria		
☐ Vômito	☐ Púrpura		
☐ CIVD	☐ Taquicardia		
☐ Choque	☐ Cianose		
☐ Febre	☐ Icterícia		
☐ Urticária	☐ Outros		
5.4. OBSERVAÇÕES:			
Data: / /			
Assinatura do Responsável Carimbo/Nº Conselho de Classe			

ATO TRANSFUSIONAL

- Acomodar confortavelmente o paciente;
- Selecionar acesso venoso **exclusivo** para transfusão (escolher um acesso que proporcione ao paciente maior mobilidade e conforto possíveis). Manter o acesso venoso com SFO,9%;
- Equipo específico para transfusão;
- Realizar identificação ativa e passiva e certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações da etiqueta estão em conformidade (Devolver a bolsa à Agência Transfusional diante de qualquer discrepância apresentada na etiqueta da unidade).
- Redobrar a atenção ao paciente impossibilitado de se comunicar, inconsciente, confuso, em centro cirúrgico.
- Informar ao paciente sobre o procedimento;
- Instalar e iniciar a transfusão lentamente;
- Controlar o fluxo de infusão, conforme estado clínico do paciente e prescrição médica (Cardiopatas, nefropatas, idosos e crianças);
- Não remover a etiqueta de identificação até o término da transfusão;
- Não perfurar e adicionar qualquer tipo de medicamentos ou solução na bolsa;
- Aferir e registrar os sinais vitais.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

- Interromper a transfusão;
- Manter acesso venoso com solução fisiológica 0,9%;
- Verificar, a beira de leito, se o hemocomponente foi corretamente administrado ao paciente destinado;
- Verificar e registrar sinais vitais;
- Comunicar o ocorrido ao médico assistente e a Agência Transfusional;
- Preencher o Relatório de Reação Transfusional (Item 5);
- Coletar nova amostra do paciente e encaminhar a Agência Transfusional – AT/HUERB.
- Quando indicado, encaminhar o hemocomponente e seu equipo para o serviço de hemoterapia (Agência Transfusional/HUERB);
- Registrar em prontuário.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB**

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: **Diego de Souza Amaral**

REGISTRO Nº: **259.5003** CARTÃO SUS Nº: **706.2030.5280.5469**

GÊNERO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO PESO (Kg): **22** IDADE: **22** DN: **18/09/1996**

ETNIA: ☐ INDIO ☐ NEGRO ☐ BRANCO ☐ MULATO ☐ AMARELO

SETOR DE INTERNAÇÃO: **UTI** ENFERMARIA: **14** LEITO: **14**

TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO: **1/1**

ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA **1/1** ☐ MULTÍPARA ☐ ABORTO ☐ *NA

REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO: **1/1** QUAL?:

NOME COMPLETO DA MÃE: **Sandra Maria de Souza**

INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID): **Anemia hemolítica**

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID): **Polifusão**

EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE	DATA	EXAME	RESULTADO	DATA	EXAME	RESULTADO
	04/11	Hb (g/dL)	7,61g/dL		TTPA	
	04/11	Ht (%)	23%		FIBRINOGENIO	
	04/11	TP (%INR)	22,10/13,70		PDT	
	04/11	Plaquetas x 1000/mm³	131.000		D-DÍMEROS	

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

☐ PROGRAMADA DATA: **1/1** ☐ ROTINA ☐ URGENTE ☐ EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

TRANSFUSÃO DE ROTINA: poderá ser feita dentro de 24 horas

TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (extrema urgência): Quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente, neste caso preencher o campo 3.1.

TRANSFUSÃO URGENTE: deve ser feita nas próximas 3 horas

3.1. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome Completo/Assinatura/Número do CRM: **Diego de Souza Amaral** Data da Solicitação: **05/11/2018**

Hora da Solicitação: **04h 00min**

4. DADOS DO(S) HOMOCOMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	VOLUME EM ml	Nº DE BOLSAS	OBSERVAÇÕES
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)		01	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)		01	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE (CPA)			
CRIOPRECIPITADO (CRIO)			

4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ CH LAVADO ☐ IRRADIADO

☐ DELEUCOCITADO ☐ FENOTIPADO

☐ ST RECONSTITUIDO VOLUME ☐ OUTROS

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos concentrados de hemácias solicitados, sem a finalização dos Testes Pré Transfusoriais, justificada por risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade hemoterápica (AT/HUERB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente que possa decorrer da prática acima autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível/carimbo.

6. ENTRADA DA REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO (RT) NA AGENCIA TRANSFUSIONAL (AT)

HORÁRIO: **4.35** DATA: **5/11/18** IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISIÇÃO/A MOSTRA: **[Assinatura]**

Nota: conforme RDC57/2010 e Port. MS 1.353/2011, o Serviço de Hemoterapia não deve aceitar Requisição de Transfusão com preenchimento incompleto das informações.
*NA: não se Aplica

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

NOME: Diego de Souza Amaral

ENFERMARIA: UTI LEITO: 14 DATA DO ENVIO: 05.11.18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112180927003 TIPO: POR

ABO/RHD: A+ VOLUME: 162 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: () Compatível () Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES: () Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL: José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

NOME: Diego de Souza Amaral

ENFERMARIA: UTI LEITO: 14 DATA DO ENVIO: 05.11.18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112180927010 TIPO: POR

ABO/RHD: A+ VOLUME: 162 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: () Compatível () Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES: () Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL: José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

NOME: Diego de Souza Amaral

ENFERMARIA: UTI LEITO: 14 DATA DO ENVIO: 05.11.18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112180827024 TIPO: POR

ABO/RHD: A+ VOLUME: 176 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: () Compatível () Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES: () Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL: José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

NOME: Diego de Souza Amaral

ENFERMARIA: UTI LEITO: 14 DATA DO ENVIO: 05.11.18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112180724016 TIPO: POR

ABO/RHD: A+ VOLUME: 176 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: () Compatível () Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES: () Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL: José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - HUERB

NOME: Diego de Souza Amaral

ENFERMARIA: UTI LEITO: 14 DATA DO ENVIO: 05.11.18

Nº HEMOCOMPONENTE: 0112181037008 TIPO: CH

ABO/RHD: A+ VOLUME: 291 ml.

PROVA DE COMPATIBILIDADE: () Compatível () Incompatível () Não Realizada () Não se aplica

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES: () Negativa () Positiva () Não Realizada

RESPONSÁVEL: José Rogério de V. Antunes
Farmacêutico Bioquímico

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria Estadual de Saúde
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA

Travessa do Hemoacre, 165 - Vila Ivonete

CNPJ: 04.034.526/0021-97

Responsável Técnico: Kelcinéia Araújo de Souza - CRF: CRBM 4ª - 2735

Site: <http://www.lacen.ac.gov.br> - E-mail: lacen.saude@ac.gov.br

Telefone: (68)3228-2720 - Fax: (68)3228-5355



Requisição	Origem	Data de Cadastro
180108002025	HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO	05/11/2018
Paciente	Cartão Nacional de Saúde	Idade Sexo
DIEGO DE SOUZA AMARAL	210227117940008	22 ANO(S) MASCULINO
Requisitante	Município	Profissional de Saúde
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO	RIO BRANCO	000 / 000

Urocultura

Bactérias, Cultura

Método: Urocultura

Data da Coleta: 05/11/2018

Data do Recebimento: 05/11/2018

Material: Urina

Amostra Única

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Observações:

Negativo as 48 horas. Presença de numerosas hemácias no sedimento urinário.

*****- O resultado deste Laudo refere-se à amostra ensaiada

- Amostra encaminhada ao LACEN

Exame conferido e liberado por MADELLEYNNE DE SOUSA COSTA SOARES (Biomédica CRBM 4ª 394 / PA), em 07/11/2018.

SAME / MUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO – HUERI

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

NOME: _____ ID: **A** PESO: **KG** LEITO: **119**

DIAGNÓSTICO DE ADM: _____

REGISTRO: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM – UTI

INTERVENÇÕES		Horário
1-Higiene Corporal		
Realizar/auxiliar- banho no leito	<i>mobilizar um bloco</i>	M
Realizar/auxiliar: higiene oral e ocular		08 15 21
Realizar higiene íntima a cada troca de fralda (<i>diurese espontânea</i>)		Atenção
Realizar massagem de conforto e hidratação.		M N
Realizar tricotomia facial		
Realizar higiene de meato urinário com clorexidine degermante 2%		M
2-Alimentação		
DIETA ZERO para:		
Auxiliar, estimular e anotar aceitação alimentar por Via Oral		
Estimular ingestão hídrica de _____ ml de 3/3 hs		10 13 16 19 22 01 04
Lavar SNE/SOE/SNG ou GT antes e após dieta/medicação (10/20 ml de água filtrada em jato com seringa).		10 13 16 19 22 01 04 07
Manter cabeceira elevada 30º/45º ao administrar dieta por SNE/SOE/SNG		ATENÇÃO
3-Curativo		
Realizar curativo em inserção da AVC ou AVP (datar e assinar)		
Manter Curativo com placa de Colóide em região Sacra		ATENÇÃO
Realizar curativo REGIÃO _____		
Realizar proteção de calcâneo		
4-Observar, anotar e comunicar.		
X Nível de consciência, Sinais de hipo/ hiperglicemia/ Edema/ hematoma/ Equimose/ tremor/ câimbras/ rush/ Náuseas/ vômitos		CONTÍNUO
X Verificar SSVV e comunicar alterações		A CADA 2 H
X Fechar balanço hídrico		12 18 24 06
X Queixas álgicas: local e intensidade		COMUNICAR
X Sinais de hiperemia em proeminências ósseas e partes moles		COMUNICAR
x Aspectos dos curativos		ANOTAR
5- Conforto respiratório		
X Observar e comunicar dispneia/cianose		COMUNICAR

X	Manter decúbito elevado 30° a 45°	09 16 22
X	Observar e anotar presença de tosse e aspecto de secreção de vias aéreas	COMUNICAR
X	Aspirar vias aéreas TOT/TQT S/N	COMUNICAR

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

6- Conforto Físico/Proteção		Horário
✓	Manter repouso relativo/absoluto no leito	atenção
✓	Fazer, orientar, auxiliar a mudança de decúbito <i>um Bloco</i>	<i>OK</i>
	Orientar o paciente quanto à movimentação ativa no leito	ORIENTAR
	Sentar na poltrona	
✓	Manter grades elevadas/CONTER	ATENÇÃO
7-Eliminação		
✓	Anotar número e aspecto das evacuações/volume e aspecto da diurese	12 18 24 06
✓	Registrar volume e aspecto do débito: <i>diurese</i>	12 18 24 06
✓	Proteger a pele do paciente quando em contato com secreção	ATENÇÃO
✓	Fixar SNE/SOE/SNG/SVD	
8- Controle de infecção		
✓	Trocar equipo de infusão intermitente a cada 24 h e infusão contínua em BIC a cada 48 h e data-lo.	
✓	Administrar e identificar as medicações conforme os 5 certos (paciente, hora, leito, dose e via de administração correta)	ATENÇÃO
	Trocar AVP se houver presença de sinais flogísticos	ATENÇÃO
✓	Utilizar técnica asséptica / lavagem das mãos nos 5 momentos.	ATENÇÃO
✓	Realizar limpeza concorrente no leito	
9- Outros		
	Nivelar ponto zero da DVE ao lóbulo da orelha	
	Mensurar PVC (C.P.M.)	
	Mensurar PIA (C.P.M.)	
	Manter paciente com restrição a mobilização	
	Manter paciente em DD a 0° (TRM)	
	Mobilizar paciente em blocos	

	Manhã	Tarde	Noite
Enfermeiro	<i>Tatiana Mendes L. Leão</i> Enfermeira COREN 394.555	<i>Tatiana Mendes L. Leão</i> Enfermeira COREN 394.555	
Téc de enfermagem	<i>Arkne</i>	<i>Arkne</i>	