



FORMULÁRIO

TÍTULO:

Formulário de Solicitação de Segmento

CÓDIGO:

F 02 POP Gsat 01

VERSÃO:

0

VIGENTE ATÉ:

28/02/2026

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL: _____ DATA: _____

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ GRUPO ABO/Rh: _____

DIAGNÓSTICO/INDICAÇÃO: _____

ESPECIFICAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE: ☐ Filtrado ☐ Irradiado ☐ Recente

SOLICITO A DISPONIBILIZAÇÃO DE _____ SEGMENTOS DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS.

OBSERVAÇÕES RELACIONADAS:

(Descreva aqui o uso de medicamentos, fenótipo do paciente ou qualquer informação que direcione a seleção de bolsas).

Responsável pela solicitação (AT):	
Data:	Hora:

Responsável pela seleção dos segmentos:	
Data:	Hora:

ATENÇÃO:

1. Em cada solicitação só poderão ser enviados no máximo 20 segmentos.
2. A Subseção de Distribuição deve receber retorno sobre a compatibilidade das bolsas em até 5 horas após a separação dos segmentos.

Responsável pela entrega (FHB)

Data/Hora: _____

Responsável pelo recebimento (AT)

Data/Hora: _____