



SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA  
 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES  
 CET - CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES  
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE AMOSTRA SANGUINEA**



Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG ou CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causa da Morte: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**DADOS DA COLETA SANGUINEA PARA SOROLOGIA (HEMOBA)**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

Acesso exclusivo para coleta:

Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SIM  NÃO (Desprezar volume inicial) Local da punção: \_\_\_\_\_

Padrão de centrifugação-Tempo \_\_\_\_\_ min Velocidade \_\_\_\_\_ RPM

Hora da centrifugação: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Volume coletado: \_\_\_\_\_ ml

Tempo (min) entre coleta e centrifugação: \_\_\_\_\_ min

Local de centrifugação: \_\_\_\_\_

Marca do tubo de coleta: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO TUBO**

Colocar "✓" após conferir a etiqueta do tubo

- ( ) NOME (Completo e sem abreviações)
- ( ) RG OU CPF DO DOADOR -MESMO DA APAC
- ( ) DATA DA COLETA
- ( ) NOME DO COLETADOR POR EXTENSO

**HISTÓRIA DE INFUSÕES ANTES DA COLETA DA AMOSTRA**

Volume total de <b>SANGUE</b> infundido nas últimas <b>48 horas</b>		Volume total de <b>COLÓIDES</b> infundido nas últimas <b>48 horas</b>		Volume total de <b>CRISTALÓIDES</b> infundido na última <b>1 hora</b>	
Concentrado de Hemácias	ml	Dextran	ml	Solução salina	ml
Sangue total	ml	Plasma	ml	Solução Glicosada	ml
Sangue Reconstituído	ml	Plaquetas	ml	Ringer lactato	ml
Outros	ml	Albumina	ml	Outros	ml
	ml	Outros	ml		ml
<b>TOTAL A</b>	ml	<b>TOTAL B</b>	ml	<b>TOTAL C</b>	ml

**CÁLCULO DA HEMODILUIÇÃO**

**Volume do Plasma (VP)**

Peso do doador (Kg) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ ml  
 0,025

**Volume do 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**, leve a amostra para ser testada.  
 Caso uma das respostas seja **positiva**, torna a amostra não confiável e não deve captar os tecidos.

**ENVIAR FOTO DA AMOSTRA PARA BANCO DE OLHOS**

Responsável pela coleta da amostra: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL CAPTADOR

Assinatura e Carimbo

**HEMOBA: Amostra aceita ( ) Amostra não conforme ( ) Motivo:** \_\_\_\_\_

Responsável pela avaliação da amostra: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL DO HEMOBA

Assinatura e Carimbo