

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 1/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2027
		Versão: 02	

1. OBJETIVO

Reservar hemocomponentes, possivelmente necessários, em procedimentos cirúrgicos agendados, a fim de garantir a segurança do paciente e a disponibilidade do hemocomponente durante o procedimento.

2. SIGLAS E CONCEITOS

- AT: Agência Transfusional
- CH: Concentrado de Hemácias
- PFC: Plasma Fresco Congelado
- CP: Concentrado de Plaquetas
- HEMOSUL: Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
- IPT: Índice de Pacientes Transfundidos
- Hb: Hemoglobina
- Ht: Hematócrito
- TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

3. DEFINIÇÕES

- Planilha da AT - corresponde as planilhas utilizadas para controle e monitoramentos dos dados da AT.

4. RESPONSABILIDADES

- Técnico de laboratório, biomédico, farmacêutico e médico.

5. MATERIAIS

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 2/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026 Versão: 02	Próxima revisão: 23/07/2027

- Computador com internet;
- Demais materiais conforme POP.UDE.002 - Prova Cruzada;
- Demais materiais conforme POP.UDE.003 - Coleta De Amostra De Sangue De Paciente Para Testes De Compatibilidade Pre-Transfusionais;
- Demais materias conforme POP.UDE.005 - Classificação ABO/Rh E Pesquisa De Anticorpos Irregulares.

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- I. Receber a Requisição de Hemocomponente e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Prova Cruzada (ANEXO 1);
 - Preferência 24h antes do procedimento;
- II. A Requisição deve ser preenchida com letra legível e sem rasuras e conter todas as informações exigidas por lei:
 - Nome completo do paciente sem abreviatura;
 - Número do prontuário do paciente;
 - Data de nascimento ou idade;
 - Sexo;
 - Localização completa (posto, enfermaria e leito);
 - Peso;
 - Diagnóstico do paciente (doença de base);
 - Indicação de transfusão;
 - Hemocomponentes solicitados (tipo e quantidade);
 - Tipo de transfusão (extrema urgência, urgência e não urgência);
 - Exames (Ht e Hb);
 - História transfusional e antecedentes de importância para o ato transfusional;
 - Data e hora do pedido;
 - Assinatura e carimbo com nome e número legível do CRM do medido solicitante;
- III. Registrar no Microsoft teams “passagem de plantão”, conforme

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 3/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026 Versão: 02	Próxima revisão: 23/07/2027

POP.UDE.008 – Plantão na Agência Transfusional, e no caderno de registro de prova de compatibilidade da AT e deixar fixada a requisição de hemocomponente no mural de reserva cirúrgica para conhecimento dos próximos plantões;

IV. Analisar histórico do paciente na planilha da AT;

- Cuidado em especial e orientação ao prescritor quanto aos pacientes que fazem uso de hemácias fenotipadas;

V. No prazo de 24h anterior ao procedimento, seguir o POP.UDE.003 - Coleta de Amostra de sangue de Paciente para testes de Compatibilidade Pre-Transfusionalis;

VI. Seguir POP.UDE.005 - Classificação ABO/Rhd e Pesquisa de Anticorpos Irregulares;

VII. Analisar a planilha da AT quanto ao IPT segundo o tipo de cirurgia;

- Para qualquer tipo de hemocomponente solicitado verificar estoque da AT seguindo o POP.UDE.014-Controle de estoque de Hemocomponente e a disponibilidade de estoque no Hemosul;
- Caso a AT e o Hemosul não disponham de estoque para as quantidades solicitadas na reserva cirúrgica entrar em contato imediatamente com o setor solicitante;

VIII. Para porcentagens do IPT acima de 10%, seguir o POP.UDE.002 - PROVA CRUZADA, a fim de compatibilizar o CH, identificar e o armazenar na gaveta de reserva da geladeira B – geladeira de hemocomponentes;

IX. Para solicitação de PFC, orientar o setor sobre o tempo necessário para descongelamento;

X. Para solicitação de CP, orientar o setor da necessidade do tempo para solicitação, transporte e liberação do hemocomponente;

XI. Se necessário, seguir POP.UDE.014 - Controle de Estoque de Hemocomponentes.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 34, de 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Brasília, DF: ANVISA, 2014. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0fae1580484d56a5a53aa5bdc15bfe28/>

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 4/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2027
		Versão: 02	

[RDC 34 11 06 2014.pdf?MOD=AJPERES](#). Acesso em: 16 jul. 2026. ([Inc Saúde](#))

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. (Consolidação da Portaria GM/MS nº 158, de 4 de fevereiro de 2016). ([Normas ABNT](#))

FATIMA, Germana de. P. A. **POP: reserva cirúrgica de hemocomponentes.** João Pessoa: Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba, 2019.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	11/10/2023	Elaboração do POP
02	23/04/2026	Revisão

Elaboração Janaina Carlem Amorim Thiago Gonçalves Coura Thiago Felix de Miranda Pedroso	Data: 11/10/2023
Revisão: Rodolfo Stefanello Ribeiro Gomes - Biomédico	Data: 23/04/2026
Validação: Graciela Mendonça dos Santos Bet - STGQ	Data: 16/07/2026
Aprovação Leonora Corrêa da Costa De Marchi – Chefe da UDE Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 01/07/2026 Data: 16/07/2026

Assinado eletronicamente no Processo SEI nº 23529.018108/2023-08.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 5/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026 Versão: 02	Próxima revisão: 23/07/2027

ANEXO 1 – Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada

 																															
Universidade Federal da Grande Dourados Hospital Universitário da UFGD "Aqui você será bem cuidado"																															
REQUISIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – PROVA CRUZADA																															
Identificação do Paciente	Hospital/clínica: ☐ SUS ☐ Convênio																														
	NOME: _____																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Data nascimento</td> <td>Sexo</td> <td>Idade</td> <td>Peso</td> <td>Prontuário</td> <td>Andar</td> <td>Enfermaria</td> <td>Leito nº</td> </tr> <tr> <td>____/____/____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Data nascimento	Sexo	Idade	Peso	Prontuário	Andar	Enfermaria	Leito nº	____/____/____																					
	Data nascimento	Sexo	Idade	Peso	Prontuário	Andar	Enfermaria	Leito nº																							
____/____/____																															
Dados da Doença e Identificação Clínica da Transfusão	Indicação da transfusão: _____ Ht: _____ Hb: _____																														
	Doença de base: _____ ☐ Urgência ☐ Não urgência																														
	Medicamento em uso: _____ ☐ Extrema urgência																														
	Paciente politransfundido: _____ ☐ Sim ☐ Não Data da última transfusão: _____																														
	Paciente apresentou reação transfusional anterior? ☐ Sim ☐ Não																														
	Quais: _____																														
Hemocomponente Solicitado	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>QTD U/ml</td> <td></td> <td>QTD U/ml</td> </tr> <tr> <td>Concentrado de Hemácias</td> <td></td> <td>Concentrado de Plaquetas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos</td> <td></td> <td>Concentrado de Plaquetas por Aférese</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Concentrado de Hemácias Filtradas</td> <td></td> <td>Fator Coagulação Qual:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plasma Fresco Congelado</td> <td></td> <td>Outros:</td> <td></td> </tr> </table>		QTD U/ml		QTD U/ml	Concentrado de Hemácias		Concentrado de Plaquetas		Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		Concentrado de Plaquetas por Aférese		Concentrado de Hemácias Filtradas		Fator Coagulação Qual:		Plasma Fresco Congelado		Outros:											
		QTD U/ml		QTD U/ml																											
	Concentrado de Hemácias		Concentrado de Plaquetas																												
	Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		Concentrado de Plaquetas por Aférese																												
	Concentrado de Hemácias Filtradas		Fator Coagulação Qual:																												
Plasma Fresco Congelado		Outros:																													
Dados do Médico	Nome do médico solicitante: _____																														
	Assinatura: _____ Carimbo: _____ Data do pedido: ____/____/____																														
Coleta e recebimento da amostra	Amostra coletada por: _____ Amostra recebida por: _____																														
	Data: ____/____/____ Data: ____/____/____																														
	Hora: ____:____ Hora: ____:____																														
Hemocentro Regional Prova Cruzada	Grupo sanguíneo: _____ Fator Rh: _____																														
	Identificação das bolsas																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Código da bolsa</th> <th>Compatível /Incompatível</th> <th>Tipo</th> <th>Código da bolsa</th> <th>Compatível /Incompatível</th> <th>Tipo</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td>7.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td>8.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo	1.			5.			2.			6.			3.			7.			4.			8.		
	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo																									
	1.			5.																											
	2.			6.																											
	3.			7.																											
4.			8.																												
Nome do Técnico: _____ Assinatura: _____																															