

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 1/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

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

- AGT: 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: Hematocrito

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. MATERIAL

- Computador com internet;
- Demais materiais conforme POP.UDE.002 - Prova Cruzada;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 2/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

- 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 - 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 Caderno de plantão, conforme POP.UDE.008 - Caderno de Passagem de Plantão, e na planilha da AT, que há uma reserva cirurgica 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;



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 3/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

- 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-Transfusionais;
- 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. **Resolução RDC N° 34**, de 11 de Junho de 2014. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0fae1580484d56a5a53aa5bdc15bfe28/RDC_34_11_06_2014.pdf?MOD=AJPERES>.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n5 de 28/09/2017** (Origem PRT MS/GM 158/2016);

GERMANA DE FATIMA, P.A. **POP: RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES**. Hospital Universitário Lauro Wanderley Hospital Universidade Federal da Paraíba. 2019.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 4/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	11/10/2023	Elaboração do POP

Elaboração Janaina Carlem Amorim Thiago Gonçalves Coura Thiago Felix de Miranda Pedroso	Data: 11/10/2023
Revisão: Mario Murackami Jr - AT Simone Fujiko Kinjo - AT Daniel Salas Steinbaum - RT da Agência Transfusional / Chefe da DCDT	Data: 07/12/2023 Data: 07/12/2023 Data: 22/12/2023
Validação: Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 22/12/2023
Aprovação Leonora Correa da Costa de Marchi – Chefe da UDE Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 15/12/2023 Data: 02/01/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.018108/2023-08.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.013 – Página 5/4	
Título do Documento	RESERVA CIRÚRGICA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

ANEXO 1 – Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada



REQUISIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – PROVA CRUZADA

Identificação do Paciente	Hospital/clínica: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio						
	NOME: _____						
	Data nascimento	Sexo	Idade	Peso	Prontuário	Andar	Enfermaria
Dados da Doença e Identificação Clínica da Transfusão	Indicação da transfusão:		Ht:	Hb:			
	Doença de base:		<input type="checkbox"/> Urgência	<input type="checkbox"/> Não urgência			
	Medicamento em uso:		<input type="checkbox"/> Extrema urgência	<input type="checkbox"/> Reserva para ____/____/____			
	Paciente politransfundido: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data da última transfusão: ____/____/____				
	Paciente apresentou reação transfusional anterior? Quais:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Hemocomponente Solicitado	Concentrado de Hemácias	QTD U/ml	Concentrado de Plaquetas	QTD U/ml			
	Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		Concentrado de Plaquetas por Aférese				
	Concentrado de Hemácias Filtradas		Fator Coagulação Qual:				
	Plasma Fresco Congelado		Outros:				
	Nome do médico solicitante:						
Dados do Médico	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						
	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo	Código da bolsa	Compatível /Incompatível	Tipo	
	1.			5.			
	2.			6.			
	3.			7.			
	4.			8.			
Nome do Técnico: _____			Assinatura: _____				