

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

1. OBJETIVO

Garantir a disponibilização de hemocomponentes com foco nas atividades e possíveis urgências.

2. SIGLAS E CONCEITOS

- AT - Agência Transfusional
- CH - Concentrado de Hemácias
- CP - Concentrado de Plaquetas
- CRIO - Crioprecipitado
- PFC - Plasma Fresco Congelado

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

- Computador com Internet;
- Ficha de Solicitação de Hemocomponentes (Anexo1);
- Ficha de Requisição de Hemocomponentes (Anexo2);
- Telefone;
- Caixa térmica com termômetro;
- Câmara fria (geladeira B e geladeira C).



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 2/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

6. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- 6.1. Verificar o estoque físico de hemocomponentes nas câmaras frias utilizadas para armazenamento dos mesmos:
- Preferencialmente no período da manhã;
 - Comparar com os valores de estoque médio para 3 dias, a fim de evitar perdas por validade;
 - Estoque Médio para 3 dias = $3 \times (\text{Solicitação nos últimos 180 dias} - \text{Perdas nos últimos 180 dias} / 180)$;
- 6.2. Analisar os pedidos de reserva;
- 6.3. Entrar em contato telefônico com o Hemosul verificando a disponibilidade dos hemocomponentes necessários;
- 6.4. Quando houver indisponibilidade da reposição de estoque pelo Hemosul:
- Comunicar e verificar junto ao setor solicitante o grau de gravidade;
 - Caso necessário verificar a disponibilidade nos hospitais de Dourados MS e/ou junto ao Hemosul Dourados a possibilidade de solicitação dos hemocomponentes no Hemosul Campo Grande - MS;
- 6.5. Preencher com letra legível e sem rasuras, o formulário de Solicitação de Hemocomponentes (Anexo1) com as quantidades acordadas com o Hemosul;
- 6.6. Entrar em contato com o setor de Motoristas;
- 6.7. Preparar as caixas de transporte conforme tipo de hemocomponente:
- ✓ CH:
- Inserir o gelox na caixa térmica em quantidade suficiente a fim de manter a temperatura entre 1° e 10°C durante o transporte;
 - Ao atingir a temperatura necessária, reiniciar a memória do termômetro da caixa térmica;
 - Transportar o CH apenas quando a caixa estiver em temperatura apropriada para o transporte, entre 1° e 10°C.
- ✓ CP:
- Reiniciar a memória do termômetro da caixa térmica;
 - Transportar o CP apenas quando a caixa estiver em temperatura apropriada para o transporte, entre 20° e 24°C;
 - Em dias quentes inserir o gelox na caixa térmica em quantidade suficiente a fim de

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 3/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

manter a temperatura entre 20° e 24°C durante o transporte;

✓ CRIO e PFC:

- Inserir o gelox na caixa térmica em quantidade suficiente a fim de manter a temperatura abaixo de -5°C durante o transporte;
- Ao atingir a temperatura necessária, reiniciar a memória do termômetro da caixa térmica;
- Transportar o CRIO ou o PFC apenas quando a caixa estiver em temperatura apropriada para o transporte, abaixo de -5°C;

6.8. Cada hemocomponente deve ser transportado em caixa térmica individual;

6.9. Da solicitação de CH para pacientes fenotipados:

- Será utilizado Ficha de Requisição de Hemocomponentes (Anexo2);
- O prescritor será orientado sobre o tempo para chegada do CH, além de confirmada a quantidade solicitada;

6.10. Emitir da planilha da AT o estoque e conferir semanalmente.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº5 de 28/09/2017 (Origem PRT MS/GM 158/2016)**. Anexo IV – Do sangue, componentes e derivados. Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada nº34 de 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as BoasPráticas do Ciclo do Sangue. Ministério da Saúde. 2014.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

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



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 4/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

Elaboração Thiago Gonçalves Coura Thiago Felix de Miranda Pedroso	Data: 12/10/2023
Revisão: Janaina Carlem Amorim - AT Simone Fujiko Kinjo - AT Daniel Salas Steinbaum - RT da Agência Transfusional / Chefe da DCDT	Data: 06/12/2023 Data: 06/12/2023 Data: 22/12/2023
Validação: Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 22/12/2023
Aprovação (Nome, Função) 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



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 5/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

ANEXO 1 – Ficha de Solicitação de Hemocomponentes

	DOURADOS - HEMOCENTRO REGIONAL			
	Solicitação de Hemocomponentes*02			
	Código: DOC-DIST-07	Versão: 02	Página: 1/1	

Data: ___ / ___ / ___

Unidade Solicitante:	<input type="checkbox"/> SUS. <input type="checkbox"/> Convênio	
Responsável pela Solicitação: _____	Solicitação recebida por: _____	
Assinatura/Carimbo: _____	Assinatura/Carimbo: _____	
	Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____	
Solicitação de:	S = SOLICITADO A = ATENDIDO	

	Conc. de Hemácias		Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos		Conc. de Hemácias Filtradas		Conc. de Hemácias por Aférese		Conc. de Hemácias Pediátricas		Conc. de Plaquetas		Conc. de Plaquetas por Aférese		Pool de Plaquetas		Plasma Fresco Congelado		Plasma Pediátrico		Crioprecipitado	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
A +																						
A -																						
O +																						
O -																						
AB+																						
AB -																						
B +																						
B -																						

Observação: _____

Distribuído por: _____ Data/Hora/Assinatura

V06	Data: 28/10/2019
-----	------------------

Rua: Waldomiro de Souza nº 295 – Vila Industrial – CEP: 79.840-030 – Dourados/MS
 Fone: (67) 3424-4192 – Fax: (67) 3424-0400 – E-mail: hemocentrodourados@hemosul.ms.gov.br



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 6/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

ANEXO 2 – Ficha de Requisição de Hemocomponentes

	DOURADOS - HEMOCENTRO REGIONAL								
	Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada								
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 06		Página: 1/2					
Identificação do Paciente	Hospital/clínica:	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio: _____							
	NOME COMPLETO:	CNS: _____							
	Nome completo da mãe:	Raça/Cor: _____							
	Endereço completo:	Etnia: _____							
	Bairro:	Município/UF:	CEP:						
	Data nascimento	Sexo	Idade	Peso	Prontuário	Andar	Enfermaria	Leito nº	
Dados da Doença e Identificação Clínica da Transfusão	Plaquetas:	TAP/TTPA:	Fibrinogênio:	Outros:	Ht:	Hb:			
	Indicação da transfusão:								
	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 ____/____/____				
	Transfusão prévia:		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Data da última transfusão: ____/____/____				
	Antecedentes gestacionais:		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
Paciente apresentou reação transfusional anterior?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
Quais:									
Hemocomponente Solicitado		QTD U/ml		QTD U/ml					
	Concentrado de Hemácias		Concentrado de Plaquetas						
	Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		Concentrado de Plaquetas de CL ^{*06}						
	Concentrado de Hemácias Filtradas		Concentrado de Plaquetas por Aférese						
	Concentrado de Hemácias por Aférese		Plasma Pediátrico						
	Concentrado de Hemácias Pediátricas		Pool de Plaquetas						
	Concentrado de Hemácias Fenotipada ^{*06}		Crioprecipitado						
	Plasma Fresco Congelado		Outros:						
Dados do Médico	Nome do médico solicitante:								
	Assinatura:	Carimbo ou CRM:	Data do pedido: ____/____/____						
Coleta de Amostra	Amostra coletada por: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____								
	Temperatura da saída – Mínima ____ / Máxima ____ / Atual ____								
Recebimento Distribuição	Amostra recebida dentro do prazo de 72 hs? () Sim () Não								
	Amostra anterior? () Sim () Não Tipagem HEMOVIDA: _____								
	Checagem DOC-DIST-08 / Amostra:								
	Identificação da Amostra: (Hospital / Nome Completo do Paciente / Data de Nascimento / Data da Coleta / Resp. Coleta)								
	() Conforme () Não conforme								
DOC-DIST-08: Preenchimento de todos os campos? () Sim () Não									
Temperatura de chegada – Mínima ____ / Máxima ____ / Atual ____									
Responsável: _____ Data: ____/____/____ ^{*06} Hora: ____:____ ^{*06}									
V09	Data: 23/06/2020								

Rua: Waldomiro de Souza nº 295 – Vila Industrial – CEP: 79.840-030 – Dourados/MS
Fone: (67) 3424-4192 – Fax: (67) 3424-0400 – E-mail: hemocentrodourados@hemosul.ms.gov.br

*Frente



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 7/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 02/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 02/01/2026

	DOURADOS - HEMOCENTRO REGIONAL			
	Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada			
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 06	Página: 2/2	

Recebimento de Amostras Imunohematologia	Inspeção Visual (Hemólise / Amostra Coagulada / Grumos)? () Sim () Não Responsável: _____
--	---

Serviço de Hemoterapia Prova Cruzada	Grupo sanguíneo:	Fator Rh:			
	Data:	Hora:			
	Responsável:				
	Identificação das bolsas				
		Código da bolsa	Compatível/ Incompatível	Tipo	Responsável
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	10.				
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

Conduas:

V09	Data: 23/06/2020
-----	------------------

Rua: Waldomiro de Souza nº 295 – Vila Industrial – CEP: 79.840-030 – Dourados/MS
Fone: (67) 3424-4192 – Fax: (67) 3424-0400 – E-mail: hemocentrodourados@hemosul.ms.gov.br

*Verso