

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

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

- Biomédico, farmacêutico, médico e técnico em análises clínicas.

5. MATERIAIS

- Computador com Internet;
- Ficha de Solicitação de Hemocomponentes (Anexo1);
- Ficha de Requisição de Hemocomponentes (Anexo2);
- Telefone;
- Caixa térmica com termômetro;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

- Câmara fria (geladeira B e geladeira C).

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

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

✓ **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.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	01/11/2023	Elaboração do POP
02	28/04/2026	Revisão do POP

Elaboração Thiago Gonçalves Coura Thiago Felix de Miranda Pedroso	Data: 12/10/2023
Revisão: Bruno Sena de Araujo Milena Menezes Corrêa Pederiva	Data: 28/04/2026 Data: 08/05/2026
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.



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 5/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 28/04/2026	Próxima revisão: 28/04/2028
		Versão: 02	

ANEXO 1 – Ficha de Solicitação de Hemocomponentes

	HEMOSUL DOURADOS			
	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES			
	Código: DOC-DIST-07	Versão: 04	Página: 1/2	

Data:	Contato telefônico*04:
Unidade Solicitante:	() SUS - () Convênio
Responsável Solicitação:	
Assinatura/Carimbo:	
Solicitação recebida por:	
Assinatura/Carimbo:	Data: ____/____/____ Hora: ____
Solicitação de: S = SOLICITADO A = ATENDIDO *04	

Hemocomponente	A+		A-		O+		O-		AB+		AB-		B+		B-	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Concentrado de Hemácias																
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos																
Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos Irradiado																
Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos Pediátrico QTD U/ml																
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos Pediátrico Irradiado QTD U/ml																
Concentrado de Hemácias Filtrado																
Concentrado de Hemácias Filtrado Irradiado																
Concentrado de Hemácias Filtrado Pediátrico QTD U/ml																
Conc. de Hemácias Filtrado Pediátrico Irradiado QTD U/ml																

V09

Data: 22/08/2025

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

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

	HEMOSUL DOURADOS			 
	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES			
	Código: DOC-DIST-07	Versão: 04	Página: 2/2	

Hemocomponente	A+		A-		O+		O-		AB+		AB-		B+		B-	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Concentrado de Hemácias por Aférese Irradiado																
Concentrado de Hemácias por Aférese																
Concentrado de Plaquetas																
Concentrado de Plaquetas Irradiado																
Concentrado de Plaquetas de CL																
Concentrado de Plaquetas de CL Irradiado																
Concentrado de Plaquetas por Aférese																
Conc. de Plaquetas por Aférese Irradiado																
Pool de Plaquetas																
Pool de Plaquetas Irradiado																
Plasma Fresco Congelado																
Crioprecipitado																
Outro:																

V09	Data: 22/08/2025	
-----	------------------	--

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



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 6/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 28/04/2026	Próxima revisão: 28/04/2028
		Versão: 02	

ANEXO 2 – Ficha de Requisição de Hemocomponentes

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

	HEMOSUL DOURADOS			
	Requisição de Hemocomponentes Com Provas Pré-Transfusionais / Requisição de Hemocomponentes Sem Provas Pré-Transfusionais			
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 09	Página: 1/2	

Identificação do Paciente	Hospital/clínica:		☐ SUS		
	NOME COMPLETO:		☐ Convênio:		
	Nome completo da mãe:		CNS:		
	Endereço completo:		Raça/Cor:		
			Etnia:		
Dados da Doença e Identificação Clínica da Transfusão	Bairro:	Município/UF:	CEP:		
	Data nascimento	Gênero Biológico	Idade	Peso	Prontuário
	Andar	Enfermária	Leito nº		
	Plaquetas:	TAP/TPPA:	Fibrinogênio:	Outros:	Ht:
	Hb:				
Hemocomponente Solicitado	Indicação da transfusão:				
	Doença de base:		☐ Urgência ☐ Não urgência		
	Medicamento em uso:		☐ Extrema urgência		
			☐ Fenótipo Raro		
			☐ Reserva para / /		
	Transfusão prévia: Sim ☐ Não ☐		Data da última transfusão: / /		
	Antecedentes gestacionais: ☐ Sim ☐ Não				
	Paciente apresentou reação transfusional anterior? ☐ Sim ☐ Não				
	Quais:				
	Hemocomponente:		QTD U/ml	Hemocomponente:	
Concentrado de Hemácias			Concentrado de Hemácias por Aférese ^{*09}		
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos			Concentrado de Plaquetas		
Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos Irradiado ^{*09}			Concentrado de Plaquetas Irradiado ^{*09}		
Conc. de Hemácias Pobre em Leucócitos Pediátrico			Concentrado de Plaquetas de CL		
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos Pediátrico Irradiado ^{*09}			Concentrado de Plaquetas de CL Irradiado ^{*09}		
Concentrado de Hemácias Filtrado			Concentrado de Plaquetas por Aférese		
Concentrado de Hemácias Filtrado Fenotipado ^{*09}			Conc. de Plaquetas por Aférese Irradiado ^{*09}		
Conc. de Hemácias Filtrado Irradiado Fenotipado ^{*09}			Pool de Plaquetas		
Concentrado de Hemácias Filtrado Irradiado ^{*09}			Pool de Plaquetas Irradiado ^{*09}		
Concentrado de Hemácias Filtrado Pediátrico ^{*09}			Plasma Fresco Congelado		
Conc. de Hemácias Filtrado Pediátrico Irradiado ^{*09}			Crioprecipitado		
Concentrado de Hemácias por Aférese Irradiado ^{*09}			Outro:		
Dados do Médico	Nome do médico solicitante:		Telefone p/Contato:		
	Assinatura:	Carimbo ou CRM:	Data do pedido: ____/____/____		
Coleta de Amostra	Preencher em caso de Provas Pré-Transfusionais:				
	Amostra coletada por:	Data: / /	Hora: :		
	Temperatura da saída – Mínima	/ Máxima	/ Atual		

Data: 22/08/2025

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

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 7/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 28/04/2026	Próxima revisão: 28/04/2028
		Versão: 02	

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UDE.014 – Página 1/7	
Título do Documento	CONTROLE DE ESTOQUE DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 23/07/2026	Próxima revisão: 23/07/2028
		Versão: 02	

	HEMOSUL DOURADOS			
	Requisição de Hemocomponentes Com Provas Pré-Transfusionais / Requisição de Hemocomponentes Sem Provas Pré-Transfusionais			
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 09	Página: 2/2	

USO EXCLUSIVO DO HEMOSUL	
Provas Pré-Transfusionais: () SIM () NÃO	
Recebimento Distribuição	Amostra recebida dentro do prazo de 48 hs? () Sim () Não
	Amostra anterior? () Sim () Não Tipagem HEMOVIDA: _____
	Cheragem 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: _____

Recebimento de Amostras Imunohematologia	Na inspeção Visual foi constatada hemólise, coágulos ou grumos?
	() Sim _____ () Não _____ Responsável: _____

Serviço de Hemoterapia do Hemosul	Grupo sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ P.A.I: _____					
	Data: ____/____/____ Hora: ____:____					
	Responsável: _____					
	Identificação das bolsas					
	Código da bolsa	Hemocomponente ⁰⁹	Tipagem Sanguínea	Volume	Compatível/Incompatível	Responsável
	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	6.					
	7.					
	8.					
	9.					
	10.					
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

Conduas:

	Data: 22/08/2025	
--	------------------	--

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