1. OBJETIVO

Padronizar o recebimento, transporte, conferência, armazenamento temporário, reconstituição, preparo, administração e registro de concentrados de fatores de coagulação, visando à segurança do paciente com coagulopatia hereditária e à rastreabilidade do medicamento.

2. MATERIAIS

- Equipamentos de proteção individual conforme precauções padrão e avaliação de risco;
- Termômetro, oxímetro e esfigmomanômetro/aparelho automático validado;
- Concentrado de fator de coagulação prescrito;
- Diluente e kit de reconstituição recomendados pelo fabricante;
- Bandeja limpa e desinfetada;
- Gaze/algodão e preparação alcoólica a 70%;
- Materiais para acesso venoso periférico, seringa, curativo e fixação;
- Solução de cloreto de sódio 0,9%, quando indicada e compatível;
- Recipiente térmico qualificado, quando exigido;
- Recipientes para resíduos e perfurocortantes;
- Formulários institucionais vigentes.

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

As coagulopatias hereditárias são doenças hemorrágicas decorrentes de deficiência quantitativa e/ou qualitativa de proteínas da coagulação. Na hemofilia A há deficiência do fator VIII e, na hemofilia B, deficiência do fator IX. A doença de von Willebrand é uma coagulopatia distinta, relacionada à deficiência quantitativa e/ou qualitativa do fator de von Willebrand, não devendo ser considerada sinônimo de hemofilia A.

3.1. Solicitação, recebimento e transporte

- Conferir prescrição: paciente, produto/fator, dose em UI, via, horário e indicação (ANEXO 1).
- Solicitar ao Hemosul de Dourados, o tipo de fator e a quantidade em frascos para o paciente (ANEXO 2);
- Entrar em contato com o setor de Motoristas;
- Conferir produto, potência, quantidade, lote, validade, integridade e conservação.
- Transportar conforme bula e orientação do serviço fornecedor; quando refrigerado, usar recipiente térmico qualificado e evitar contato direto com gelo.
- Não congelar quando contraindicado. Em desvio de temperatura ou dano, segregar e consultar o serviço dispensador.
- Registrar rastreabilidade aplicável.

3.2. Conferência prévia e preparo

- Confirmar paciente com pelo menos dois identificadores, conforme PRT.CP-NSP.001 Identificação do paciente;
- Verificar alergias, reações prévias, inibidor conhecido, acesso venoso e condições clínicas;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Informar o início da infusão do hemoderivado ao enfermeiro responsável da unidade de internação do paciente e realizar o duplo check;
- Higienizar as mãos conforme PRT.CCIRAS.001 Higiene de mãos;
- Realizar a desinfecção da bandeja com algodão ou gaze embebida em álcool a 70%;
- Reunir o material para o procedimento e colocá-lo na bandeja;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Reconferir produto, dose, potência, lote, validade, aspecto e diluente.

3.3. Reconstituição

- Usar exclusivamente diluente e sistema recomendados pelo fabricante e seguir a bula específica.
- Se refrigerado, atingir a temperatura recomendada sem fonte externa de calor.
- Realizar antissepsia dos septos/rolhas quando aplicável e aguardar secagem.

- Transferir diluente com dispositivo apropriado e técnica asséptica.
- Homogeneizar suavemente, girando lentamente o frasco para dissolver o pó, sem fazer espuma.
- Inspecionar a solução; não administrar diante de partículas, alteração de cor/turvação incompatível ou frasco comprometido.
- Aspirar com dispositivo recomendado.
- Identificar seringa/recipiente com paciente, nome do fator, dose e horário, protegendo o êmbolo com a embalagem original;
- Administrar dentro da estabilidade e condições da bula; não reutilizar sobras de uso único.

3.4. Administração

- Aferir sinais vitais basais conforme condição clínica/protocolo.
- Usar acesso venoso prévio e preferencialmente exclusivo; não misturar com outros medicamentos sem compatibilidade estabelecida.
- Administrar na velocidade recomendada na bula do produto específico; os limites variam entre produtos.
- Observar sinais de hipersensibilidade/reação adversa, rash cutâneo, taquicardia, prurido, dor torácica, náusea, vômito, dispnéia e taquipnéia;
- Em suspeita de reação, interromper, avaliar, acionar equipe médica e seguir protocolo institucional de reação adversa/anafilaxia;
- Após término, permeabilizar ou retirar acesso conforme indicação e comprimir até hemostasia.
- Verificar os sinais vitais do paciente pós-infusão;
- Descartar o material utilizado adequadamente em caixa de perfuro-cortante e lixo infectante;
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar as mãos.

3.5. Registros e rastreabilidade

- Registrar produto/fator, dose UI, horários, via, lote/validade em prontuário do paciente e em pasta específica da agência transfusional (ANEXO 3);

- Comunicar reações adversas, falhas de qualidade e desvios de conservação conforme fluxos institucionais.
- Preencher formulários de controle/devolução aplicáveis.

4. OBSERVAÇÕES DE SEGURANÇA

- Concentrados podem ser derivados de plasma ou recombinantes e não devem ser tratados genericamente como hemocomponentes.
- Armazenamento, estabilidade, velocidade de infusão e dispositivos variam entre produtos; seguir a bula vigente.
- Conferir dose em UI e potência por frasco; não substituir ou arredondar sem autorização médica;
- Resposta inadequada pode exigir investigação de inibidor; comunicar equipe médica/serviço de referência.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coagulopatias hereditárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de hemofilia*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 6, de 5 de abril de 2022. Aprova o Protocolo de Uso de fatores de coagulação para profilaxia primária em hemofilia grave. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 9 de outubro de 2024. Aprova o Protocolo de Uso de fator VIII na imunotolerância para indivíduos com hemofilia A e inibidor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Bulários eletrônicos: bulas dos concentrados de fatores de coagulação padronizados e dispensados ao serviço*. Brasília, DF: Anvisa.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Publicação: Portaria nº 109, de 27 de outubro de 2026 – Boletim de Serviço nº 753 de 05 de novembro de 2026.

01	11/06/2024	Elaboração do documento
02	19/07/2026	Atualização do documento

Elaboração: Márcia Estevão Moraes Milton Teixeira de Moraes Junior	Data: 11/06/2024
Revisão: Fausi Padilha	Data: 19/07/2026
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 21/10/2026
Aprovação Leonora Corrêa da Costa De Marchi – Chefe da UDE Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	 Data: 20/10/2026 Data: 27/10/2026

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.000425/2024-41

ANEXO 1 - Solicitação de Hemocomponentes e Hemoderivados para o paciente

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 ( ) Convênio:
NOME COMPLETO:	CNS: Raça/Cor: Etnia:
Nome completo da mãe:	
Endereço completo:	
Bairro: Município/UF: CEP:	

Data nascimento	Gênero Biológico	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:	( ) Urgência ( ) Não urgência ( ) Extrema urgência ( )Fenótipo Raro ( ) Reserva para / /
Medicamento em uso:	
Transfusão prévia: Sim ( ) Não ( ) Data da última transfusão: / /	
Antecedentes gestacionais: ( ) Sim ( ) Não	
Paciente apresentou reação transfusional anterior? Quais:	( ) Sim ( ) Não

Hemocomponente Solicitado

Hemocomponente:	QTD U/ml	Hemocomponente:	QTD U/ml
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

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:_____

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:_____

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.					

Condutas:

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

ANEXO 2 - Solicitação de Fator

DOURADOS - HEMOCENTRO REGIONAL

HEMOSUL

Requisição de Hemoderivados

Código: DOC-DIST-06	Versão: 06	Página: 1/1

GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul

NOME COMPLETO DO PACIENTE[06]: _____

_____ **CNS:**_____

SEXO: **Masculino ( ) Feminino ( ) Idade:** _____**anos Data de Nascimento:**___/___/____ **Peso:**_____

Endereço Completo: _____

CEP:_____ **Telefone:**_____/_____

DIAGNÓSTICO:

Hemofilia A – Fator VIII ( ); Hemofilia B - Fator IX ( ); Doença de von Willebrand ( )

Gravidade: **Alta ( ); Média ( ); Leve ( ):** Título:_____; Inibidor: _____

Outros ( ) **Qual?** _____

TIPO DE TRATAMENTO[06]:

1. **Profilaxia Secundaria**[06]:
   a. **Longa Duração LD (___)**: Motivo[06]_____
   b. **Curta Duração LC (___)**: Motivo[06]_____
2. **Tratamento Continuidade (___)**[06]:
3. **Tratamento Ambulatorial (___) ou Tratamento Hospitalar (___)**[06],

Motivo[06]: Cirurgia Eletiva (___); Fisioterapia (___); Hemartrose (___); Hematoma Muscular (___); Outros (___); Sangramento da Mucosa (___); Sangramento Intracraniano (___); Tratamento Dentário (___); Trauma (___) local_____

Dose Solicitada (UI):[06]_____**Frequência**[06]**:** _____ **Período**[06]**:**_____

Medicamentos[06] [06]

(___) **Fator VIIa Recombinate**[06]
(___) **Fator VIII Plasmático**[06]
(___) **Fator VIII Recombinante**[06]
(___) **Fator VIII + Von Willebrand**[06]
(___) **Fator IX**[06]
(___) **CPP**[06]
(___) **CPPA**[06]
(___) **DDAVP**[06]
(___) **Ácido Tranexâmico**[06]

USO DA FARMÁCIA

Produto: Lote Val. Quant.

Data de atendimento:

Resp. pelo atendimento:

Local da Infusão: **Hospital/Clinica ( ) Residência ( )**

Médico Hematologista[06]**:** _____ **CRM nº :**_____.

Local: _____ **Data:** ____/_____/_____

_____

Carimbo e Assinatura do Médico

V08	Data: 27/05/2021	

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

ANEXO 3 - Formulário de Infusão

Publicação: Portaria nº 109, de 27 de outubro de 2026 – Boletim de Serviço nº 753 de 05 de novembro de 2026.

FORMULÁRIO DE INFUSÃO

CODIGO DE CADASTRO DO PACIENTE:		Nº CARTÃO SUS	
NOME DO PACIENTE (COMPLETO E SEM ABREVIAÇÕES)*:		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO* / /		NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIAÇÕES)*	
	DIAGNOSTICO:		

DATA	CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	MOTIVO #	TIPO ##	MEDICAMENTO	NOME COMERCIAL	LOTE	QUANT. FRASCO	QUANT. UI/KUI
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								
/ /								

CATEGORIA DE DISPENSAÇÃO	MOTIVO #	TIPO ## (QUANDO HEMARTORSE)
TRATAMENTO AMBULATORIAL - TA	TRAUMA – TR	JOELHO_ESQUERDO OU DIREITO -JD OU JE
DOSE DOMICILIAR – DD	HEMARTROSE – HEMA	TORNOZELO_ESQUERDO OU DIREITO -TD OU TE
TRATAMENTO DE CONTINUIDADE – TC	CIRURGIA ELETIVA – CE	COTOVELO_ESQUERDO OU DIREITO -CD OU CE
IMUNOTOLERANCIA – IMUNO	TRATAMENTO DENTÁRIO – TD	PUNHO_ESQUERDO OU DIREITO -PD OU PE
TRATAMENTO HOSPITALAR - TH	SANGRAMENTO INTRACRANIANO – SI	QUADRIL_ESQUERDO OU DIREITO -QD OU QE
	FISOTERAPIA – FISIO	OMBRO_ESQUERDO OU DIREITO -OD OU OE
	OUTROS- OUT	DEDO DA MÃO_ESQUERDO OU DIREITO -DMD OU DME
		DEDO DO PÉ _ESQUERDO OU DIREITO -DPD OU DPE
		LOCAL NÃO ESPECIFICADO - LNE

* CAMPO OBRIGATÓRIO / # PREENCHER APENAS SE MARCADO "TRATAMENTO AMBULATORIAL E/OU TRATAMENTO HOSPITALAR"
VERSÃO 2 - 2011

1/1