



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 1/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	2
3. JUSTIFICATIVAS	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	3
5.1 Médico (Prescritor)	3
5.2 Agência transfusional	3
5.3 Equipe de enfermagem	4
6. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	5
6.1. Indicação	5
6.2. Solicitação de hemotransfusão	9
6.3. Uso e administração dos hemocomponentes	10
6.3.1. Certos da administração segura dos hemocomponentes	10
7. REFERÊNCIAS	13
8. HISTÓRICO DE REVISÃO	13

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 2/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

1. SIGLAS E CONCEITOS

- **CH:** Concentrado de hemácias;
- **CP:** Concentrado de plaquetas;
- **CRIO:** Crioprecipitado;
- **PFC:** Plasma fresco congelado.

2. OBJETIVOS

- Orientar os médicos prescritores na escolha do momento e do hemocomponente mais adequado para uma transfusão, proporcionando uma maior segurança transfusional.
- Orientar os profissionais da agência transfusional e profissionais da enfermagem acerca da administração segura dos hemocomponentes.

3. JUSTIFICATIVAS

A Hemoterapia moderna se desenvolveu baseada no preceito racional de transfundir-se somente o componente que o paciente necessita, baseado em avaliação clínica e/ou laboratorial, não havendo indicações de sangue total. A maioria das padronizações de indicação de hemocomponentes está baseada em evidências determinadas através de análise de grupos de pacientes, nunca devendo ser empíricas ou baseadas somente na experiência do profissional médico envolvido. As indicações básicas para transfusões são restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio, o volume sanguíneo e a hemostasia.

A administração dos hemocomponentes (concentrado de hemácias – CH, concentrado de plaquetas – CP, plasma fresco congelado – PFC e crioprecipitado – CRIO) busca restaurar a homeostase sanguínea. Define-se como hemoderivados os produtos obtidos industrialmente, por meio do fracionamento do plasma por processos físico-químicos. O uso de hemocomponentes e hemoderivados no Brasil utiliza tecnologia de ponta e recursos humanos altamente especializados, orquestrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e diretamente relacionado à doação voluntária e altruísta.

A transfusão de hemocomponentes é um importante procedimento na prática clínica que pode salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes, que traz, em sua maioria, inúmeros e variados benefícios, porém, está sempre associado a riscos e complicações intra e pós-



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 3/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

transfusionais. Assim, como outras intervenções terapêuticas, pode levar a complicações agudas ou tardias, denominadas reações transfusionais. Tais particularidades tornam indispensáveis a racionalização na utilização dos hemocomponentes, considerando sempre a segurança do doador e do receptor. "A transfusão de sangue e seus componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, uma vez que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa" (Ministério da Saúde, 2017).

Para que uma transfusão ocorra com o máximo de segurança para o receptor, várias etapas antes, durante e após as transfusões precisam ser realizadas. A legislação brasileira apresenta uma ampla gama de resoluções, portarias e notas técnicas que regulamentam os procedimentos hemoterápicos no país, devendo todos os dispostos serem seguidos rigorosamente por todos os serviços. Dessa forma, no âmbito do Hospital Universitário HU- UFGD/EBSE RH, recomenda-se a sequência de ações, de acordo com a legislação, quando uma transfusão é solicitada.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O protocolo é aplicável à toda a comunidade hospitalar onde haja a prescrição de sangue e hemocomponentes.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

5.1 Médico (Prescritor)

- Orientar o paciente e/ou responsável legal na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para autorização do recebimento do sangue no momento da admissão;
- Esclarecer o paciente/familiar sobre os riscos/benefícios da transfusão;
- Realizar a prescrição do hemocomponente solicitado no sistema AGHU;
- Preencher corretamente e integralmente a Requisição de Hemocomponentes – Prova Cruzada.

5.2 Agência transfusional

- Certificar se o paciente e/ou responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização do recebimento do hemocomponente;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 4/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

- Receber a Requisição de Hemocomponentes – Prova Cruzada, conforme POP institucional, priorizando as urgências e emergências;
- Confirmar a identificação correta do paciente/receptor com a pulseira de identificação (nome completo, data de nascimento, número do prontuário) para a coleta da amostra para os testes pré-transfusionais;
- Realizar coleta das amostras do paciente;
- Realizar testes pré-transfusionais;
- Identificação correta da bolsa, instalação do hemocomponente, fixação da placa de Hemovigilância no leito do paciente e bem como a ficha transfusional.

5.3 Equipe de enfermagem

- Certificar se o paciente e/ou responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização do recebimento do hemocomponente;
- Encaminhar a Requisição de Hemocomponentes – Prova Cruzada para Agência Transfusional;
- Confirmar os dados da unidade (bolsa) de sangue com a Requisição de Hemocomponentes juntamente com colaborador da Agência Transfusional;
- Confirmar a identificação correta do paciente/receptor com a pulseira de identificação (nome completo, data de nascimento, número do prontuário);
- Proceder a instalação do hemocomponente e fixar a placa de Hemovigilância no leito do paciente na impossibilidade da ação pela Agência Transfusional;
- Registrar o controle dos sinais vitais no prontuário do paciente via AGHU;
- Supervisionar a transfusão promovendo a reavaliação dos sinais vitais a cada uma hora até o término da transfusão;
- Orientar paciente sobre a possibilidade de reações transfusionais imediatas e importância de comunicar à equipe qualquer sintoma apresentado durante ou após (até 24h) da transfusão;
- Proceder o descarte da bolsa de hemocomponente após o término da transfusão;
- Retirar a placa de Hemovigilância do leito do paciente após 24 horas da transfusão.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 5/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

6. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

A indicação e a prescrição dos hemocomponentes devem ser realizadas exclusivamente por médico e baseada principalmente em critérios clínicos do paciente/receptor. Ressalta-se que as transfusões trazem riscos imediatos e/ou tardios e que os benefícios de realizar essas devem ser superiores aos riscos. Todos os profissionais envolvidos devem certificar se o paciente e/ou responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização do recebimento do hemocomponente.

As transfusões sanguíneas podem ser classificadas em quatro modalidades:

- Programada/Reserva:** para quando é determinado dia e horário;
- Não urgência:** em até 24 horas;
- Urgência:** em até 03 horas;
- Extrema urgência:** Nos casos de extrema urgência, não há tempo suficiente para realizar os testes pré-transfusionais, portanto é preconizado transfundir hemocomponente do grupo sanguíneo O RhD negativo para todos os pacientes nessa condição, principalmente em crianças e mulheres em idade fértil, enquanto os testes de compatibilidade são realizados. Se não houver amostra de sangue do paciente na Agência Transfusional, esta deve ser colhida assim que possível (no máximo no momento da punção para transfusão, ou seja, a amostra deve ser colhida antes de iniciada à transfusão) e encaminhada ao serviço. Caso alguma fase do teste seja incompatível, o médico assistente será comunicado. **A liberação do hemocomponente depende de termo de responsabilidade médica assinado.**

Esta classificação é fundamental para sinalizar a Agência Transfusional sobre a gravidade do paciente.

6.1. Indicação

- Concentrado de Hemácias (CH)**

Indicado para tratar ou prevenir iminente e inadequada liberação de oxigênio aos tecidos.

Anemia normovolêmica: O gatilho transfusional de modo geral é Hemoglobina (Hb) menor que 7 g/dL, visto que existe grande risco de hipóxia tecidual e comprometimento das funções vitais. Anemias em que o nível de Hb é superior a 10 g/dL (Hematócrito (Ht) superior a 30%) são bem toleradas e só excepcionalmente requerem transfusão. Valores entre 7 e 10 g/dL de Hb, a indicação de transfusão depende da presença de comorbidades e da avaliação do estado clínico do paciente. Por exemplo, pacientes cardiopatas e idosos que não toleram bem a anemia, sendo nestes casos recomendados manter Hb maior que 8g/dL.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 6/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

Hemorragias: A transfusão de concentrado de hemácias está recomendada após perda volêmica superior a 25% a 30%. Em hemorragias agudas, o paciente deve ser imediatamente transfundido quando apresentar os seguintes sinais e sintomas clínicos: frequência cardíaca acima de 100 bpm a 120 bpm, hipotensão arterial, queda no débito urinário, frequência respiratória aumentada, enchimento capilar retardado (maior que 2 segundos), alteração no nível de consciência.

Dose: Adultos: Em geral 1 CH proporciona o incremento de 1g/dL de Hb e 3% do Ht. Crianças: 10 a 15 mL/kg são necessários para incremento de 1g/dL de Hb e 3% do Ht.

Tempo de infusão: Adultos: 90 a 120 minutos para cada unidade, não excedendo o tempo máximo de 4 horas. Crianças: Não exceder a velocidade de infusão de 20-30mL/kg/hora, não excedendo o tempo máximo de 4 horas.

A avaliação da resposta terapêutica à transfusão de concentrado de hemácias deve ser feita através de nova dosagem de Hb ou Ht 1-2 horas após a transfusão, considerando também a resposta clínica. Em pacientes ambulatoriais, a avaliação laboratorial pode ser feita 30 minutos após o término da transfusão e possui resultados comparáveis.

A compatibilidade do sistema ABO e Rh (D) para transfusão de concentrado de hemácias é apresentada no quadro 1.

Quadro 1 - Compatibilidade sistema ABO e fator RH com concentrado de hemácias (CH).

Tipagem ABO/Rh do receptor	ABO/Rh da bolsa de CH
O negativo	O negativo
O positivo	O positivo / O negativo
A negativo	A negativo / O negativo
A positivo	A positivo / A negativo / O positivo / O negativo
B negativo	B negativo / O negativo
B positivo	B positivo / B negativo / O positivo / O negativo
AB negativo	AB negativo / A negativo / B negativo / O negativo
AB positivo	AB positivo / A positivo / B positivo / O positivo / AB negativo / A negativo / B negativo / O negativo

Fonte: Brasil, 2015.

Em situações de emergência, é possível transfundir hemácias Rh (D) positivo em pacientes Rh (D) negativos. Nestes casos, o médico assistente e o médico hemoterapeuta devem dar ciência.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 7/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

• **Concentrado de Plaquetas (CP)**

As plaquetas estão envolvidas no processo de coagulação e são indicadas em pacientes com sangramentos e plaquetopenia. Os CP unitários contêm aproximadamente $5,5 \times 10^{10}$ plaquetas, enquanto as unidades por aférese contêm cerca de $3,0 \times 10^{11}$ plaquetas (correspondendo a 6 a 8U de CP unitários). A dose padrão para adultos é de $3,0 \times 10^{11}$ plaquetas, dose esta que eleva a contagem de plaquetas aproximadamente 30.000 a 60.000/mm³ em um adulto de 70 kg.

Plaquetopenia por falência medular (doenças hematológicas e/ou quimioterapia e radioterapia): a transfusão é indicada se contagens inferiores a 10.000/ μ L na ausência de fatores de risco; se inferiores a 20.000/ μ L na presença de fatores associados a eventos hemorrágicos como febre (maior que 38°C), manifestações hemorrágicas menores (petéquias, equimoses, gengivorragias), doença do enxerto versus hospedeiro (GVHD – graft versus host disease), esplenomegalia, utilização de medicações que diminuem a sobrevivência das plaquetas (alguns antibióticos e antifúngicos), hiperleucocitose (contagem maior que 30.000/mm³), presença de outras alterações da hemostasia (por exemplo, leucemia promielocítica aguda) ou queda rápida na contagem de plaquetas. Pacientes pediátricos toleram contagens mais baixas, definindo-se como critério de indicação de transfusão de CP contagens inferiores a 5.000/ μ L em pacientes estáveis.

Distúrbios associados a alterações de função plaquetária: A recomendação terapêutica é de transfusão de CP pré-procedimentos cirúrgicos ou invasivos. Pacientes portadores de alterações da função plaquetária raramente necessitam de transfusões de CP.

Plaquetopenias por diluição ou destruição periférica: Quatro situações importantes podem ser caracterizadas neste grupo, são elas: o Transfusão maciça: espera-se uma contagem de plaquetas inferior a 50.000/ μ L se aproximadamente duas volemias sanguíneas forem trocadas do paciente. Nesta situação, recomenda-se a transfusão de CP se a contagem for inferior a 50.000/ μ L; e se inferior a 100.000/ μ L na presença de alterações graves da hemostasia, trauma múltiplo ou de sistema nervoso central; o Coagulopatia intravascular disseminada (CID): a reposição de plaquetas e fatores de coagulação é desencorajada nesta situação, pois não existem evidências de efeitos benéficos profilaticamente. Entretanto, em presença de sangramentos, mesmo que sem gravidade no momento, deve-se iniciar a reposição de fatores de coagulação e de CP objetivando contagens superiores a 20.000/ μ L. o Plaquetopenias imunes: a mais frequente forma de plaquetopenia imune é a púrpura trombocitopênica imune (PTI). Nesta situação, a transfusão de CP é restrita a situações de sangramentos graves que coloquem em risco a vida dos pacientes, como sangramentos no sistema nervoso central.

Dose preconizada: 1 unidade de CP para cada 7 a 10 kg de peso do paciente, porém pode-se considerar também a contagem de plaquetas desejada dependendo da presença ou ausência de sangramento como segue: Transfusões terapêuticas (contagem desejada superior a 40.000/ μ L):

- Adultos > 55kg de peso: dose mínima de $6,0 \times 10^{11}$ (8-10U de CP unitários ou 1U CP obtidos por aférese).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 8/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

- Pacientes 15-55 kg de peso: dose mínima de $3,0 \times 10^{11}$ (4-6U de CP unitários ou 0,5-1U CP obtidos por aférese).

- Crianças < 15 kg – dose de 5-10 mL/kg.

Tempo de infusão: O tempo de infusão da dose de CP deve ser de aproximadamente 30 min em pacientes adultos ou pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30mL/kg/hora. A avaliação da resposta terapêutica a transfusão de CP deve ser feita através de nova contagem das plaquetas 1 hora após a transfusão, porém a resposta clínica também deve ser considerada. Em pacientes ambulatoriais, a avaliação laboratorial 10min após o término da transfusão pode facilitar a avaliação da resposta e possui resultados comparáveis.

- **Plasma Fresco Congelado (PFC):**

O plasma fresco congelado consiste na porção acelular do sangue, constituído basicamente de água, proteínas (albumina, globulinas, fatores de coagulação), carboidratos e lipídios. Por possuir as proteínas da coagulação, é utilizado no tratamento de pacientes com distúrbio da coagulação. Sua aplicação é particularmente naqueles em que há deficiência de múltiplos fatores e apenas quando não estiverem disponíveis produtos com concentrados estáveis de fatores de coagulação e menor risco de contaminação viral.

Dose recomendada: 15 a 20 mL/kg em pacientes adultos, o que eleva em 20% a 30% os níveis dos fatores de coagulação, alcançando níveis hemostáticos. É indicado nas seguintes situações:

- Sangramento ou risco de sangramento causado por deficiência de múltiplos fatores de coagulação (hepatopatia, Coagulação Intravascular Disseminada).
- Sangramento severo causado por uso de anticoagulantes orais antagonistas da vitamina K (Warfarina) ou necessidade de reversão urgente da anticoagulação.
- Transfusão maciça com sangramento por coagulopatia.
- Sangramento ou profilaxia de sangramento causado por deficiência isolada de fator da coagulação para a qual não há produto com menor risco de contaminação viral (concentrado de fator da coagulação) disponível.
- Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).

➤ **Atenção:** É contraindicado o uso de PFC como expansor volêmico em pacientes com hipovolemias agudas (com ou sem hipoalbuminemia), em sangramentos sem coagulopatia, para correção de testes anormais da coagulação na ausência de sangramento, em estados de perda proteica e em imunodeficiências.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 9/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

- **Crioprecipitado (CRIO):**

O crioprecipitado é uma fonte concentrada de algumas proteínas plasmáticas de alto peso molecular, sendo indicado para o tratamento de hipofibrinogenemia congênita ou adquirida (menor que 100mg/dL), disfibrinogenemia ou deficiência de fator XIII. Cada bolsa de 15 mL de crioprecipitado contém aproximadamente 80-150 unidades de Fator VIII, cerca de 100-150U de Fator von Willebrand, pelo menos 150mg de fibrinogênio e cerca de 50-75U de Fator XIII.

Dose recomendada: 1 a 2U/10 kg de peso, o que eleva o nível de fibrinogênio em 60-100 mg/dL.

As indicações de administração de CRIO são:

- Reposição de fibrinogênio em pacientes com hemorragia e deficiência isolada congênita ou adquirida de fibrinogênio, quando não se dispuser do concentrado de fibrinogênio industrial purificado.
- **Atenção:** O CRIO não deve ser usado no tratamento de pacientes com Hemofilia A e com deficiências de outros fatores que não sejam de fibrinogênio ou Fator XIII.

6.2. Solicitação de hemotransusão

A solicitação de uma transfusão deve ser realizada por profissional médico, conforme descrito na Portaria de Consolidação Nº 5, Art. 168 - As solicitações para transfusão de sangue ou hemocomponentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor (BRASIL, 2017).

Além do preenchimento da Requisição de Hemocomponentes – Prova Cruzada, o médico deverá incluir a transfusão na prescrição médica do dia em que ela será realizada.

- **Observação:** Deve ser dada preferência, sempre que possível, à realização de transfusões no período diurno.
- **ATENÇÃO:** Ainda segundo a mesma Portaria, devem constar no formulário de requisição, no mínimo, os seguintes dados:
 - nome completo do paciente sem abreviaturas;
 - data de nascimento;
 - sexo;
 - idade;
 - número do prontuário ou registro do paciente;
 - número do leito (no caso de paciente internado)
 - diagnóstico;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 10/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

- VIII. componente sanguíneo solicitado (com o respectivo volume ou quantidade);
- IX. modalidade da transfusão;
- X. resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do componente sanguíneo;
- XI. data;
- XII. dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM);
- XIII. peso do paciente (prescrição de plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado ou transfusões em pediatria);
- XIV. antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente (BRASIL, 2017).

6.3. Uso e administração dos hemocomponentes

A transfusão de sangue consiste na transferência do sangue total ou de hemocomponente de um indivíduo (doador) a outro (receptor). As transfusões são realizadas para suprir as necessidades orgânicas de transporte de oxigênio ou para corrigir distúrbios da coagulação.

6.3.1. Certos da administração segura dos hemocomponentes

Para evitar e minimizar os riscos relacionados à transfusão de hemocomponentes, é fundamental seguir, com atenção e rigor, todas as etapas de verificação para uma transfusão segura:

- a) Paciente certo;
 - b) Hemocomponente certo;
 - c) Monitoramento certo;
 - d) Volume certo;
 - e) Via certa;
 - f) Tempo de infusão certo;
 - g) Registro certo.
- Conferir a bolsa de hemocomponente em relação ao aspecto e integridade: inspeção macroscópica da bolsa na detecção de sinais de violação, deterioração, coloração anormal, turvação e bolhas de ar (crescimento bacteriano). No caso da bolsa de Concentrado de Hemácias (CH), observar se há presença de coágulos, sinais indicativos de hemólise. Nestes casos, NUNCA transfundir o hemocomponente e contactar o profissional responsável pelo teste de compatibilidade na agência



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 11/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

transfusional para que o mesmo avalie a bolsa e, caso necessário, realize adequado descarte do hemocomponente.

- Conferir dados da etiqueta da bolsa de hemocomponente: nome e número do prontuário do paciente, numeração da bolsa, volume, classificação sanguínea, data do teste de compatibilidade e data da validade do hemocomponente;
- Conferir, na prescrição do paciente, o nome e o número do prontuário e os números da enfermaria e leito;
- Verificar se a transfusão do hemocomponente encontra-se prescrita pelo médico;
- Observar se há prescrito algum medicamento endovenoso para aquele horário. Em caso de pacientes que requeiram a administração contínua de medicamentos, proceder a transfusão em via exclusiva;
- Apresentar-se ao paciente e conferir os dados de identificação do mesmo;
- Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- Aferir os sinais vitais (SSVV) do paciente (frequência cardíaca, temperatura e pressão arterial);

- **Atenção:** Quando existir alterações que contraindiquem temporariamente a transfusão, como febre e pressão arterial elevada, comunicar ao médico ou enfermeiro responsável pelo paciente e devolver a bolsa do hemocomponente para a agência transfusional até estabilização do quadro do paciente e/ou autorização médica para continuar o procedimento.

- Avaliar as condições do acesso venoso do paciente a ser transfundido. Caso necessite de novo acesso, puncionar o paciente antes de montar o sistema de bolsa de hemocomponente e equipo;
- **A via de acesso deve ser exclusiva para transfusão;**
- Após retirada da bolsa de CH da geladeira onde estavam armazenados de 2 a 6°C, o tempo de permanência desse hemocomponente em temperatura ambiente é de, no máximo, 30 minutos. Portanto, imediatamente antes da transfusão, atentar-se à temperatura da bolsa, que não deve estar muito gelada, mas sim levemente resfriada. Se ainda estiver gelada, aguardar um momento antes de transfundir.
- Durante a montagem, abrir o lacre da bolsa, conectá-la ao equipo padrão de transfusão fechado e colocar a bolsa no suporte para soro;
- Pressionar levemente o filtro para retirada de ar e preenchimento de 1/3 da câmara de gotejamento e abrir o equipo, preenchendo-o com o hemocomponente até a extremidade que será conectada ao paciente;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 12/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

- Iniciar infusão, em acesso exclusivo, com gotejamento lento – registrar hora de início na Ficha de Evolução Transfusional e na Placa de Hemovigilância;
- **Atenção:** Pacientes com necessidade de reposição volêmica (por exemplo, grandes hemorragias e politraumatizados), transfundir rapidamente, com gotejamento livre, sem exercer pressão na bolsa;
- Avaliar continuamente o paciente/receptor durante 10 minutos do início da transfusão e, caso não haja alteração, aumentar a velocidade de infusão;
- **Atenção:** Não permitir que a infusão ultrapasse 4 horas de duração.
- Observar a presença de alterações durante todo o período transfusional. Na presença de um desses sinais ou sintomas – aumento de 1oC de temperatura do início da transfusão, calafrio, prurido ou presença de pápula(s), dispneia, mudança na cor da urina, agitação do paciente – interromper a transfusão, manter acesso venoso com infusão de soro fisiológico e chamar o médico imediatamente. Tais sinais e sintomas sugerem reação transfusional (Ver PRT.CT.001 HEMOVIGILÂNCIA)
- Avaliar SSVV do paciente/receptor no final da transfusão;
- Retirar a bolsa que foi totalmente utilizada e descartá-la em local apropriado;
- Registrar os SSVV pós-transfusional e o horário de término da transfusão no prontuário eletrônico do paciente via AGHU;
- **Não realizar aquecimento dos hemocomponentes. Este procedimento deve ser feito em situações específicas através de equipamentos especiais e em temperatura controlada:**
 - a. Paciente adulto que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15ml/kg/hora por mais de 30 minutos;
 - b. Paciente pediátrico que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15ml/kg/hora;
 - c. Transfusões maciças (administração aguda de volume superior a uma vez e meia a volemia do paciente, ou a reposição com sangue estocado equivalente ao volume sanguíneo total de um paciente, em 24 horas);
 - d. Paciente com altos títulos de anticorpo hemolítico frio com alta amplitude térmica, que reage a 37°C;
 - e. Pacientes portadores de fenômeno de Raynaud;
 - f. Exsanguíneo-transfusão.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UDE.001 – Página 13/13	
Título do Documento	INDICAÇÃO, PRESCRIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Emissão: 24/01/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 24/01/2026

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação MS-GM nº 5 de 28 de setembro de 2017. **Anexo IV - DO SANGUE, COMPONENTES E DERIVADOS** (Origem: PRT MS/GM 158/2016). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-deConsolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 19 out.2023.

Fundação Hemocentro de Brasília. **Transfusão segura orientações para segurança do paciente na assistência hemoterápica**. 2021.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	15/10/2023	Elaboração do Protocolo

Elaboração Tabata Branquinho de Albuquerque Jocikeli Lira Fonteles Mario Murackami Junior Simone Fujiko Kinjo Janaina Carlem Amorim Thiago Felix De Miranda Pedroso Thiago Goncalves Coura	Data: 15/10/2023
Análise Daniel Salas Steinbaum - RT da Agência Transfusional / Chefe da DCDT Iara Beatriz Andrade de Sousa – Chefe da DENF (substituta)	Data: 27/12/2023 Data: 05/01/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 22/01/2024
Aprovação Leonora Correa da Costa de Marchi – Chefe da UDE Tiago Amador Correia - Gerente de Atenção à Saúde	Data: 28/12/2023 Data: 24/01/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.018791/2023-75