

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página 1/	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer a rotina e padronização para administração segura de hemocomponentes a fim de reduzir riscos associados à hemotransusão.

2. MATERIAL

- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, gorro, máscara cirúrgica e jaleco);
- Termômetro;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro (ou aparelho de pressão digital);
- Bandeja;
- Algodão/gaze;
- Álcool a 70%;
- Garrote;
- Cateter intravenoso periférico (jelco mínimo 20);
- Esparadrapo;
- Equipo de transfusão estéril de uso único, como filtro de sangue;
- Suporte para soro;
- Bolsa do hemocomponente (concentrado de hemácias, plasma fresco, crioprecipitado e/ou plaquetas) com etiqueta de identificação; (todos os cuidados especiais estão descritos no PTR.CT.001.)
- Fichas de Evolução Transfusional (Solicitação de hemocomponente, Ficha de controle de hemotransusão e Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para transfusão de hemocomponentes, Check list transfusão segura,). Conforme os anexos A, B, C e D. Disponíveis na intranet do Huab: Comitês – Comitê transfusional. <https://stg-intranet.huab-ufrn.ebserh/nucleos-comissoes-grupos-de-trabalho/comite-transfusional/>

3. Responsabilidade e competências:

3.1 Compete ao Enfermeiro

- Conferir os resultados dos exames que aparecem no rótulo da bolsa;
- Iniciar a transfusão até 30 minutos após o recebimento do hemocomponente;
- Antes de instalar o equipo, certifica-se de que o paciente pode receber a transfusão;
- Atentar para o tempo de cada hemocomponente, conforme preconizado:

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

- a) Concentrado de Hemácias, deve ser infundido cada unidade de 1h e 30min à 2h em pacientes adultos e pediátricos, e não ultrapassar 4h;
- b) Concentrado de Plaquetas, a infusão não deve ultrapassar 1h, com tempo de infusão da dose de aproximadamente 30 minutos em pacientes adultos ou pediátricos;
- c) Plasma Fresco Congelado, o tempo máximo de infusão deve ser de 1h;
- d) Crioprecipitado: a infusão dos componentes, corre aberta, e não deve ultrapassar a 30min, devendo ser transfundido em no máximo 6h após seu descongelamento.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Pré-procedimento:

- 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, o que pode indicar crescimento bacteriano;
- Confirmar obrigatoriamente a identificação do receptor, do rótulo da bolsa, dos dados da etiqueta de transfusão, validade do produto, realização de inspeção visual da bolsa (cor e integridade) e temperatura, através de **dupla checagem** (ANEXO E) pelo enfermeiro e técnico de Enfermagem para segurança do receptor. E registrar em ficha de controle de hemotransfusão (ANEXO B);
- Verificar se a transfusão do hemocomponente encontra-se prescrita pelo médico;
- Certificar que o paciente ou responsável legal está ciente e autoriza a transfusão. Conferindo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para transfusão de sangue e hemocomponentes. A recusa deverá ser registrada em prontuário e comunicado ao médico solicitante;
- Manter a Etiqueta de transfusão afixada à bolsa durante todo o procedimento de transfusão, de forma a permitir a conferência imediata e a qualquer momento dos dados de identificação do paciente, do hemocomponente e resultados dos testes pré-transfusionais. Afixar a etiqueta de transfusão ao prontuário do paciente após o término da transfusão;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme o PROTOCOLO- Higienização das mãos- PRT.NSP.003;
- Separar uma bandeja para o procedimento e realizar a desinfecção da mesma com álcool a 70%;
- Separar o material para o procedimento e colocar na bandeja, em seguida se dirigir ao paciente;
- Verificar se há acesso periférico adequado, pérvio. Se não, realizar punção venosa com

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

jelco de calibre adequado (mínimo 20), e utilizar a via de forma exclusiva para o hemocomponente, identificando-o;

- Montar o sistema de bolsa de hemocomponente e equipo;
- 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;
- Confirmar prontuário e identidade do paciente;

INTRA PROCEDIMENTO

- Apresentar-se ao paciente e conferir os dados de identificação do receptor, confrontando com a identificação na pulseira, e rótulo do insumo a ser infundido:
 - a) Verificar duas vezes o rótulo do hemocomponentes para assegurar-se de que o grupo e tipo Rh concordam com o registro de compatibilidade;
 - b) Verificar se o número e tipo no rótulo do sangue ou hemoderivado no prontuário do paciente estão corretos confirmando mais uma vez em voz alta, o nome completo do paciente;
- Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado;
- Aferir os sinais vitais (SSVV) do paciente (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial) antes, durante e após a transfusão;
- Iniciar infusão, em acesso exclusivo, com gotejamento lento e mantendo a etiqueta afixada à bolsa durante a infusão;
- O profissional que a instalou deve permanecer à beira leito nos primeiros 10 minutos da transfusão;
- Aferição dos sinais vitais do paciente após os 10/15 minutos do início da infusão;
- Ajustar o gotejamento para que administração ocorra em tempo recomendado pela prescrição médica;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Checar o horário de início da transfusão na prescrição médica do paciente;
- Monitorar o paciente durante todo o procedimento transfusional, incluindo a verificação dos sinais vitais em intervalos regulares durante a transfusão;
- Registrar todo o procedimento em prontuário;
- Atentar para a ocorrência de eventuais reações adversas;
- Observar a presença de alterações durante todo o período transfusional. Na presença de

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

um desses sinais ou sintomas – aumento de 1°C de temperatura do início da transfusão, calafrio, prurido ou presença de pápula(s), dispneia, mudança na cor da urina, agitação do paciente, náuseas, vômitos – interromper a transfusão, manter acesso venoso com infusão de soro fisiológico e chamar o médico imediatamente. Tais sinais e sintomas sugerem reação transfusional;

- Nos casos de intercorrências com interrupção da infusão, encaminhar a bolsa para análise no Serviço Transfusional. E notificar qualquer suspeita de reação relacionada à transfusão;

PÓS PROCEDIMENTO

- Avaliar SSVV do paciente/receptor no final da transfusão;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar a bolsa que foi totalmente utilizada, destacando a etiqueta e anexando ao prontuário em ficha multiprofissional,
- Descartar a bolsa em local apropriado;
- Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- Higienizar as mãos com água e sabão conforme o PROTOCOLO- Higienização das mãos- PRT.NSP.003;
- Registrar os SSVV pós-transfusional e o horário de término da transfusão na ficha do check list de transfusão segura;
- Manter avaliação do paciente, nas 24 horas após a transfusão, pela possibilidade de ocorrência de reações adversas nesse período;
- Orientar o paciente sobre reações que podem ocorrer nas próximas 24h ou mais, devendo este comunicar a qualquer profissional da saúde;
- Afixar a etiqueta de transfusão ao prontuário do paciente após o término da transfusão;
- Certificar-se que todos os registros foram preenchidos corretamente;
- Carimbar e assinar TODOS os registros.

4.1 Recomendações gerais:

- Seguir o PRT.CT.001 USO RACIONAL DO SANGUE EM PACIENTES ADULTOS : Item 16 ATO TRANSFUSIONAL;
- Toda transfusão deve ser solicitada por um médico e realizada por profissional de saúde habilitado e capacitado;
- 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

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

contactar o profissional responsável pelo teste de compatibilidade para que o mesmo avalie a bolsa e, caso necessário, realize adequado descarte do hemocomponente;

- Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em temperatura ambiente antes de instalar a transfusão. Verificar a necessidade atualizada. Recomenda-se que o hemocomponente permaneça entre 20º C e 24ºC, por 15 minutos antes da transfusão. As demais bolsas deverão ficar armazenadas em refrigerador (+2ºC a + 6ºC) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas, que deverão permanecer entre 20 e 24ºC;
- Quando existir alterações que contra - indicam temporariamente a transfusão, como febre ou pressão arterial elevada, comunicar ao médico responsável pelo paciente e armazenar a bolsa do hemocomponente corretamente até estabilização do quadro do paciente e/ou autorização médica para continuar o procedimento. Caso o médico autorize a transfusão, solicitar que registre no prontuário do paciente;
- Lembrar que existe geladeira específica para armazenamento no Centro cirúrgico;
- As transfusões de rotina devem ocorrer preferencialmente no período diurno e somente as transfusões de urgência e emergência, devidamente justificadas, devem ser solicitadas, preparadas e transfundidas no período noturno;
- Medicamentos não devem ser introduzidos à bolsa do hemocomponente;
- Não transfundir hemocomponentes ou hemoderivados em bombas de infusão contínua. A transfusão deve ocorrer de forma gravitacional;
- Não infundir hemocomponentes concomitante a outras substâncias/medicamentos. A via deve ser exclusiva para o hemocomponente no momento da transfusão, com exceção do SF0,9% em casos específicos;
- Manter sempre outro acesso venoso para eventual necessidade.

5. CUIDADOS ESPECÍFICOS EM CASOS DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

AO OBSERVAR QUALQUER SINAL E SINTOMA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL DESCRITAS NO PTR.CT.001, SEGUIR OS SEGUINTE PASSOS:

- Interromper imediatamente a transfusão e comunicar o médico plantonista;
- Manter acesso venoso com solução salina a 0,9%;
- Verificar sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório;
- Verificar todos os registros, formulários e identificação do receptor. Verificar à beira do leito, se o hemocomponente foi corretamente administrado ao paciente desejado;
- Avaliar se ocorreu a reação e classificá-la, a fim de adequar a conduta específica;
- Manter o equipo e a bolsa intactos e encaminhar este material ao serviço de hemoterapia, caso necessário;
- Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia, e sepse relacionada à

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência;

- Se existir a possibilidade de algumas destas reações supracitadas, coletar e enviar uma amostra pós-transfusional junto com a bolsa e os equipos (garantir a não contaminação dos equipos) ao serviço de hemoterapia, assim como amostra de sangue e/ou urina para o laboratório clínico quando indicado pelo médico; VER COM AGENCIA TRANSFUSIONAL.
- Registrar todas as ações no prontuário do paciente.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia para uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, 2. ed, 1. reimpr. Brasília. Ministério da Saúde, 2015. 136 p

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017 (Origem PRT MS/GM 158/2016). Anexo IV – Do sangue, componentes e derivados. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=05/02/2016>>. Acesso em:

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>.

COFEN, RESOLUÇÃO COFEN Nº 629/2020 – REVOGADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 709/2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-629-2020/>

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	04/06/2024	Elaboração do documento

<p>Elaboração</p> <p>Mayanne Mara de Medeiros Queiróz Enfermeira Assistencial</p> <p>Silvana Helena Neves de Medeiros Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Quênia Camille Soares Martins Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Joymara Railma Gomes de Assunção Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Vanessa Freires Maia Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Fladjanny Emanuely Faustino da Silva Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Sâmara Patrícia Corcino Galvão de Sá Leitão Membro do Comitê Transfusional</p>	Assinaturara eletrônica via SEI
<p>Revisão</p> <p>Quênia Camille Soares Martins Membro do Comitê Transfusional</p>	
<p>Validação</p> <p>Vanessa Freires Maia Setor de Gestão da Qualidade</p>	Assinaturara eletrônica via SEI
<p>Aprovação</p> <p>Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos Gerente de Atenção à Saúde</p>	Assinaturara eletrônica via SEI

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

ANEXO A: FICHA DE SOLICITAÇÕES DE HEMOTERÁPICOS



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – Praça Tequinha Farias, 13 Santa Cruz – 50200-000 Fone: (84) 4042-1100					
SOLICITAÇÃO DE HEMOTERÁPICOS					
Nome:			Sexo:		
Nome da mãe:					
Data de nascimento:		Cartão SUS:		Município de residência:	
Endereço do paciente:					
Hospital:			Diagnóstico:		
Prontuário			Leito:		
ABO RH:		Já recebeu transfusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Houve reação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Urgência <input type="checkbox"/> <small>Deverá ser atendida até 3h</small>	Emergência <input type="checkbox"/>	Rotina <input type="checkbox"/> <small>Deverá ser atendida em 24h</small>	Pré-operatório <input type="checkbox"/>	Cirurgia Data: _____ Hora: _____	
Se a urgência justifica dispensa de prova cruzada ou liberação de heterogrupo autorize por extenso neste espaço (assin e carimbo).					
Pedido			Quantidade (UNI/ML/FR)		
<input type="checkbox"/>	Concentrado de hemácias				
<input type="checkbox"/>	Concentrado de hemácias pobre em leucócitos				
<input type="checkbox"/>	Concentrado de hemácias deleucotizado				
<input type="checkbox"/>	Concentrado de hemácias lavadas				
<input type="checkbox"/>	Concentrado de plaquetas convencionais (1UI/10kg)				
<input type="checkbox"/>	Pool de plaquetas de aférese				
<input type="checkbox"/>	Plasma fresco congelado				
<input type="checkbox"/>	Criprecipitado				
<input type="checkbox"/>	Concentrado de fator VIII 1 IX				
<input type="checkbox"/>	Outros				
Data:		Hora:		Médico:	
				CRM:	
QUALQUER ANORMALIDADE VERIFICADA NA INFUSÃO DESTE PRODUTO COMUNICAR IMEDIATAMENTE AO HEMONORTE, DEVOLVENDO A BOLSA, JUNTAMENTE COM 1 AMOSTRA DE SANGUE DO PACIENTE (5ml sem AC) E RELATÓRIO DA INTERCORRÊNCIA.					
COMPROVANTE DE ENTREGA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE)					
Hospital:			Data:		Hora:
Paciente (legível):			Data de nasc:		
Produto:		NR unidades ou volume (ml)		Procedimento a ser realizado no hemocomponente	
<input type="checkbox"/>	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		<input type="checkbox"/> Aliquotagem <input type="checkbox"/> Irradiação <input type="checkbox"/> Lavagem		
<input type="checkbox"/>	PLASMA FRESCO		<input type="checkbox"/> Aliquotagem		
<input type="checkbox"/>	CONCENTRADO DE PLAQUETAS		<input type="checkbox"/> Aliquotagem <input type="checkbox"/> Irradiação		
<input type="checkbox"/>	CRIOPRECIPITADO				
Responsável pelo preenchimento:			Data:		Hora:

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

ANEXO B: TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Eu, _____
paciente ou responsável legal pelo paciente menor de idade ou incapaz _____, estou ciente da necessidade da realização da transfusão de sangue (hemácias, plaquetas, plasma fresco congelado, crioprecipitado) indicada pelo (a) médico (a) assistente da unidade.

Fui informado de que o HUAB cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Portaria MS nº 2712, de 12.11.2013. Dessa forma estou ciente de que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV e Hepatite C, existe um risco, muito pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente. Estou ciente de que as transfusões podem causar reações imprevisíveis durante ou imediatamente após sua realização, tais como febre, calafrio, reações alérgicas, náuseas, hematúria e, mais raramente, problemas pulmonares ou cardíacos.

Fui informado que todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomadas para se evitar ao máximo estas reações. As reações mais frequentes são sintomas leves e facilmente controlados na maioria das vezes e, raramente podem levar a risco de morte. Nessa ocasião, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado quanto a possibilidade de infecção grave e a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após ser liberado pelo HUAB.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas a transfusão de hemocomponentes e que me foram fornecidas orientações sobre os cuidados que terei que observar após a transfusão.

ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes

NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes dessa decisão.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura e Carimbo do Médico

_____/_____/_____
Local Data

Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido devido ao estado clínico do paciente, ou a emergencialrisco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica.

Nome do Médico solicitante: _____

CRM: _____ Data: _____

MMH/01/02

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

ANEXO C: FICHA DE CONTROLE DE HEMOTRANSFUSÃO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

FICHA DE CONTROLE DE HEMOTRANSFUSÃO

HEMOVIGILÂNCIA

Nome:		Sexo:	
Data de Nascimento:	Cartão SUS:	Procedência:	Raça/Cor:
Diagnóstico:			
CID:	Hematócrito:	Hemoglobina:	Proteína:
Grupo Sanguíneo:	Setor:	Quarto/Labo:	
ABO: RH:	Já Recebeu Transfusão: () Não () Sim, Quantas:	Prova Cruzada: () Não () Sim	Emergência: () Urgência: () Deverá ser atendida até 3h
Rotina: () Deverá ser atendida em 24h	Programada: ()	Orçujo:	Data: Hora:

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Local:	Calibre:	Data da punção:		
TIPO DE HEMOCOMPONENTES	PROCEDÊNCIA	Nº SUS DO HEMOCOMPONENTE	ABO/RH da Bolsa	DATA/HORA DA ADMINISTRAÇÃO

REAÇÕES:

<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> PRURIDO
<input type="checkbox"/> CALAFRIOS	<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO	<input type="checkbox"/> URTICÁRIA
<input type="checkbox"/> DOR NO LOCAL DE PUNÇÃO	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> EDEMA LOCALIZADO
<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> EDEMA GENERALIZADO
<input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> HIPÓXIA	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA
<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	<input type="checkbox"/> SIBILOS	<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA
<input type="checkbox"/> VÔMITO	<input type="checkbox"/> CIANOSE	<input type="checkbox"/> NENHUMA

Conduta Médica:

Conduta de Enfermagem:

1008-141-100

Enfermeiro(a) (Assinatura e Carimbo)

____/____/____
Data

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

ANEXO D: CHECKLIST TRANSFUÇÃO SEGURA

NOME: _____ PRONT: _____ DATA _____ LEITO _____

CHECKLIST TRANSFUÇÃO SEGURA

Itens de Controle				
Cuidados Pré-Transfusionais			Sim	Não
1	Comunicar ao paciente a transfusão após a prescrição			
2	Conferir a prescrição médica quando o sangue chegar ao setor pelo profissional que recebe o hemocomponente			
3	Anexar a ficha de controle de hemotransfusão ao prontuário			
4	Inspeccionar a bolsa a fim de detectar coágulos, sinais indicativos de hemólise, sinais de violação, deterioração, coloração anormal (preta ou purpúrica) turvação e bolhas de ar (crescimento bacteriano)			
5	Conferir a existência do equipo com filtro padrão para hemotransfusão			
6	Preencher o equipo um terço da câmara de gotejamento possibilitando a fim de facilitar a visualização do gotejamento			
7	Puncionar acesso exclusivo para administração do hemocomponente			
8	Verificar a permeabilidade do acesso antes da instalação da bolsa de sangue			
OBS:		Ass:		
Cuidados Transfusionais			SIM	NÃO
9	Conferir a etiqueta da bolsa de sangue ou hemocomponente/hemoderivado com a pulseira de identificação do paciente			
10	Instalar em até 30 minutos após exposição à temperatura ambiente			
11	Verificado sinais vitais antes do início da infusão (anotar no verso de checklist)			
12	Verificado sinais vitais do paciente nos primeiros 10 minutos, após início da infusão (anotar no verso de checklist)			
13	Verificado sinais vitais ao término da infusão (anotar no verso de checklist)			
14	Realizar vigilância do paciente até 4 horas após o término da infusão e registrar no prontuário do paciente			
OBS:		Ass:		
Cuidados Pós-Transfusionais			SIM	NÃO
15	Anexar a etiqueta de identificação da bolsa ao prontuário no término da transfusão			
16	Infundir o hemocomponentes no tempo máximo recomendado (Concentrado de hemácias 4 horas, plasma e plaquetas 30 a 60 minutos, plasma fresco congelado e crioprecipitado até 6 horas após o descongelamento)			
17	Realizar o descarte da bolsa de hemocomponente adequadamente? (Bolsas com volume de até 50 ml, descarte em lixo biológico e bolsas com volume acima de 50 ml serão devolvidas ao banco de sangue para autoclavagem.			
18	Atentar para Sinais e Sintomas de Alerta para reações Transfusionais (febre, prurido, hipertensão, hipotensão... e outras reações que constam na ficha de controle de hemotransfusão).			
OBS:		Ass:		

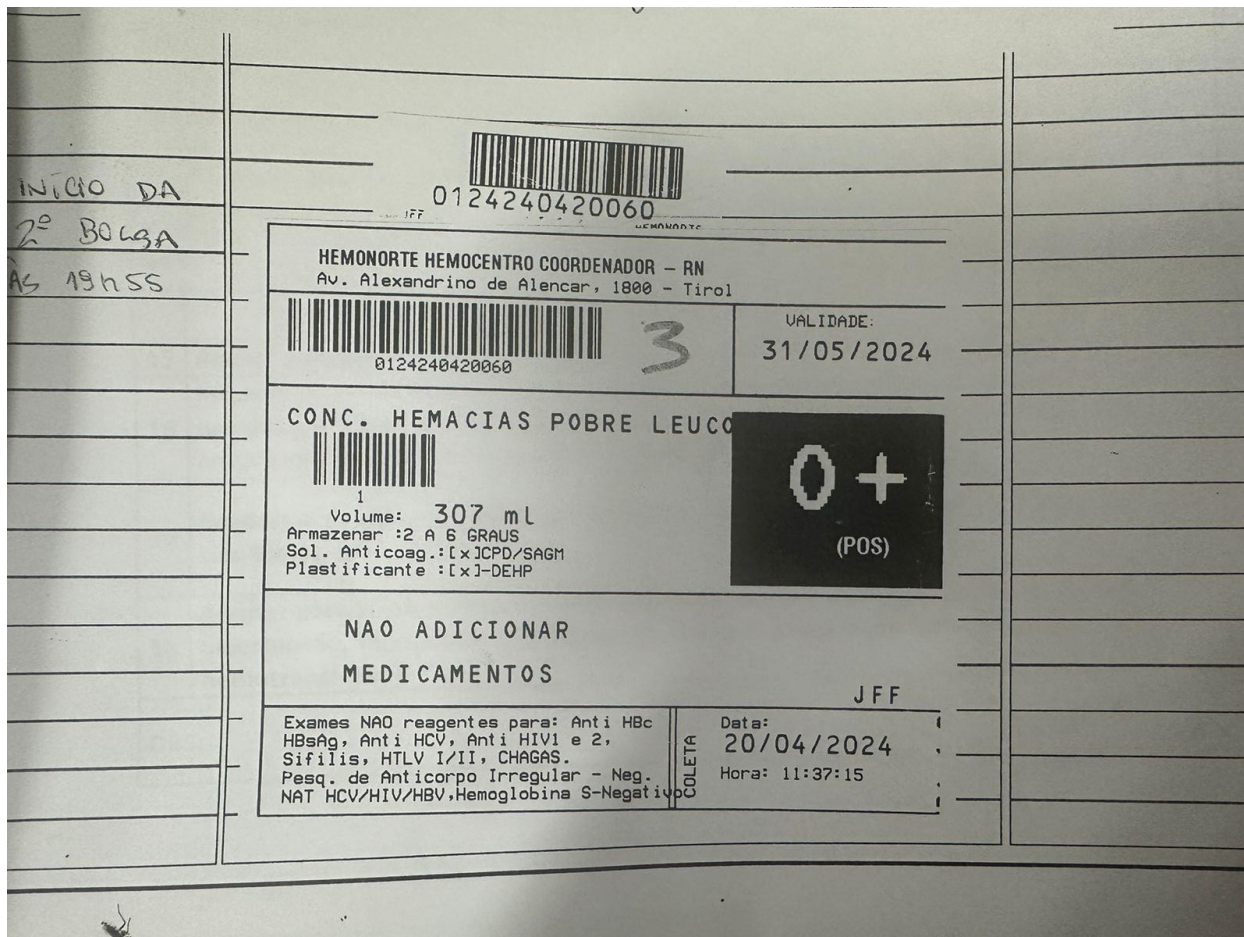
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 06/06/2026
		Versão: 01	

NOME: _____ PRONT: _____ DATA _____
 LEITO _____

1ª Bolsa: CONTROLE DE SINAIS VITAIS							PROFISSIONAL
	HORA	PA	TEMP	FC	FR	SpO2	
Início							
10 min							
Término							
HEMOVIGILÂNCIA					SIM	NÃO	PROFISSIONAL
HOUE REAÇÃO DURANTE A TRANSFUSÃO?							
HOUE REAÇÃO 24H APÓS A TRANSFUSÃO?							
REALIZADA NOTIFICAÇÃO?							
2ª Bolsa: CONTROLE DE SINAIS VITAIS							PROFISSIONAL
	HORA	PA	TEMP	FC	FR	SpO2	
Início							
10 min							
Término							
HEMOVIGILÂNCIA					SIM	NÃO	PROFISSIONAL
HOUE REAÇÃO DURANTE A TRANSFUSÃO?							
HOUE REAÇÃO 24H APÓS A TRANSFUSÃO?							
REALIZADA NOTIFICAÇÃO?							
3ª Bolsa: CONTROLE DE SINAIS VITAIS							PROFISSIONAL
	HORA	PA	TEMP	FC	FR	SpO2	
Início							
10 min							
Término							
HEMOVIGILÂNCIA					SIM	NÃO	PROFISSIONAL
HOUE REAÇÃO DURANTE A TRANSFUSÃO?							
HOUE REAÇÃO 24H APÓS A TRANSFUSÃO?							
REALIZADA NOTIFICAÇÃO?							

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CT.001- Página	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 04/06/2024	Próxima revisão: 04/06/2026
		Versão: 01	

ANEXO E: ETIQUETA DA BOLSA DO HEMOCOMPONENTE



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.004460/2024-59

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de Assinaturas do POP Administração Segura de Hemocomponentes:

<p>Elaboração</p> <p>Mayanne Mara de Medeiros Queiróz Membro do Comitê transfusional</p> <p>Silvana Helena Neves de Medeiros Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Quênia Camille Soares Martins Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Joymara Railma Gomes de Assunção Membro do Comitê Transfusional</p> <p>Vanessa Freires Maia Membro do Comitê Transfusional</p>	<p>Assinaturara eletrônica via SEI</p>
--	--

<p>Fladjanny Emanuely Faustino da Silva</p> <p>Membro do Comitê Transfusional</p>	
<p>Sâmara Patrizia Corcino Galvão de Sá Leitão</p> <p>Membro do Comitê Transfusional</p>	
<p>Revisão</p> <p>Quênia Camille Soares Martins</p> <p>Membro do Comitê Transfusional</p>	
<p>Validação</p> <p>Vanessa Freires Maia</p> <p>Setor de Gestão da Qualidade</p>	Assinaturara eletrônica via SEI
<p>Aprovação</p> <p>Flávia Andreia Pereira Soares dos Santos</p> <p>Gerente de Atenção à Saúde</p>	Assinaturara eletrônica via SEI



Documento assinado eletronicamente por **Joymara Railma Gomes de Assunção, Presidente da Comissão**, em 25/06/2024, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Membro da Comissão, Suplente**, em 25/06/2024, às 15:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Membro do Comitê**, em 25/06/2024, às 16:51, conforme horário oficial de Brasília,



com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sâmara Patrícia Corcino Galvão, Membro do Comitê**, em 26/06/2024, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mayanne Mara de Medeiros Queiroz, Membro da Comissão, Suplente**, em 28/06/2024, às 20:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Quênia Camille Soares Martins, Membro da Comissão, Suplente**, em 30/07/2024, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVANA HELENA NEVES DE MEDEIROS JERÔNIMO, Membro do Comitê**, em 31/07/2024, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **40061592** e o código CRC **1CA28976**.