



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 1/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

## 1. OBJETIVO(S)

Padronizar a coleta de amostra de sangue para a realização de testes pré-transfusionais.

## 2. RESPONSÁVEL

Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Técnicos de Laboratório da Unidade de Hematologia e Hemoterapia.

## 3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Recipiente para transporte de amostra de sangue (Apêndice A);
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;
- Algodão;
- Luvas de Procedimentos;
- Garrote;
- Seringa de 5 ml;
- Agulha 25x7 (Adulto);
- Scalp nº 22 ou 23 (pacientes pediátricos e/ou idosos);
- Curativo adesivo;
- Tubo de coleta de sangue a vácuo tampa roxa, com EDTA e etiqueta de identificação (Apêndice B);
- Solitação médica de hemocomponentes (Apêndice C);
- Termo de consentimento para transfusão (Apêndice D).

## 4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

**4.1.** Receber e conferir os dados do paciente na Solitação médica de hemocomponentes (Apêndice C) e prescrição médica (nome completo, registro, leito, diagnóstico, indicação da transfusão, resultados de exames, se possível; história de reação anterior e hemocomponente solicitado);

**4.2.** Entrar em contato com Unidade de Hematologia e Hemoterapia a fim de certificar-se sobre a existência de amostra de sangue do paciente, pois o tempo de armazenamento é de 48 horas;

**4.3.** Higienizar as mãos de acordo com o protocolo de higienização das mãos (PRT.NSP.002);

**4.4.** Organizar o material que será utilizado para a coleta;



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 2/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

- 4.5.** Apresentar-se ao paciente, informando seu nome e cargo;
- 4.6.** Realizar a identificação do paciente indagando seus dados pessoais (nome completo e data de nascimento), conforme protocolo PRT.NSP.001;
- 4.7.** Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.8.** Calçar as luvas de procedimento e selecionar o vaso a ser puncionado;
- 4.9.** Garrotear o braço 10 cm acima da fossa cubital, palpando a veia escolhida para sentir sua consistência e trajeto;
- 4.10.** Fazer a antissepsia ampla do local, com movimentos circulares, de dentro para fora, utilizando algodão com álcool a 70% ou clorexidina alcóolica 0,5%. Não palpar a veia após a antissepsia;
- 4.11.** Puncionar o vaso escolhido, em ângulo de 45° e com bisel para cima, aspirando a quantidade de sangue desejada (mínimo de 1 ml e máximo de 4 ml);
- 4.12.** Desgarrotear o braço e retirar a agulha;
- 4.13.** Fazer compressão no local da punção com algodão seco.
- 4.14.** Inserir o sangue no tubo de coleta, de maneira que esorra delicadamente pela parede do tubo, a fim de evitar hemólise, preencher até o limite do vácuo e inverter o tubo suavemente para homogeneizar o conteúdo;
- 4.15.** Retirar o conjunto (seringa e agulha) do tubo, ativando a trava de segurança da agulha e desprezando na caixa de perfurocortante;
- 4.16.** Colocar o curativo adesivo no local da punção observando se há sangramento;
- 4.17.** Retirar as luvas de procedimento, descartando-as em recipiente para resíduos biológicos;
- 4.18.** Identificar o tubo à vácuo com EDTA (tampa roxa), imediatamente após à coleta, com os seguintes dados: nome completo do paciente, registro, data da coleta, enfermaria, leito e assinatura, com letra legível de quem coletou (APÊNDICE B).
- 4.19.** Higienizar as mãos de acordo com o protocolo de higienização das mãos (PRT.NSP.002);
- 4.20.** Colocar a amostra no recipiente de transporte e encaminhar imediatamente à Unidade de Hematologia e Hemoterapia juntamente com o pedido de transfusão em duas vias e o termo de consentimento para transfusão;
- 4.21.** Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

#### **4. RECOMENDAÇÕES**

- 5.1.** Evitar coletar amostra em acesso venoso que esteja infundindo medicação ou soroterapia;
- 5.2.** A amostra deverá ser encaminhada imediatamente à Unidade de Hematologia e Hemoterapia, evitando deixar por mais que 30 minutos no setor, para não danificar a amostra;



|                     |  |                            |                                |
|---------------------|--|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 3/10 |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025        | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |
|                     |  | Versão: 4                  |                                |

**5.3.** Para evitar hemólise da amostra deve-se tomar os seguintes cuidados:

5.3.1. Não aspirar com muita pressão a seringa, e evitar utilizar seringas de 10 ml ou de 20 ml, as quais possuem pressão elevada. Caso perceba a formação de bolhas na amostra de sangue, a mesma poderá estar hemolisada;

5.3.2. Ao realizar a antissepsia com álcool a 70%, secar bem o local antes de puncionar;

5.3.3. Ter cuidado ao homogeneizar o conteúdo do tubo (não agitar), invertendo delicadamente;

**5.4.** Não enviar requisições e tubos com dados incompletos e/ou ilegíveis, pois os mesmos não serão aceitos pela Unidade de Hematologia e Hemoterapia;

**5.5.** A quantidade de sangue mínima aceitável será de 1 ml (exceto em neonatos, os quais poderão ser aceitas amostras de no mínimo 0,5ml);

**5.6.** Em caso de paciente inconsciente e/ou sem acompanhante, conferir os dados contidos na pulseira de identificação do paciente juntamente com o pedido e rótulo do hemocomponente;

**5.7.** A coleta de amostra pré transfusional dos pacientes que se submeterão às cirurgias será coletada pela equipe técnica da Unidade de hematologia e hemoterapia (UHH), quando os mesmos estiverem previstos no mapa cirúrgico, na véspera do procedimento, e que a solicitação de transfusão tenha sido encaminhada à UHH até às 20 horas do dia que antecede a cirurgia. Os casos de pedido de reserva que seja entregue no dia da cirurgia e que não tenha sido encaminhada a solicitação da transfusão, a amostra deverá ser coletada pela equipe assistencial e encaminhada junto ao pedido médico à UHH.

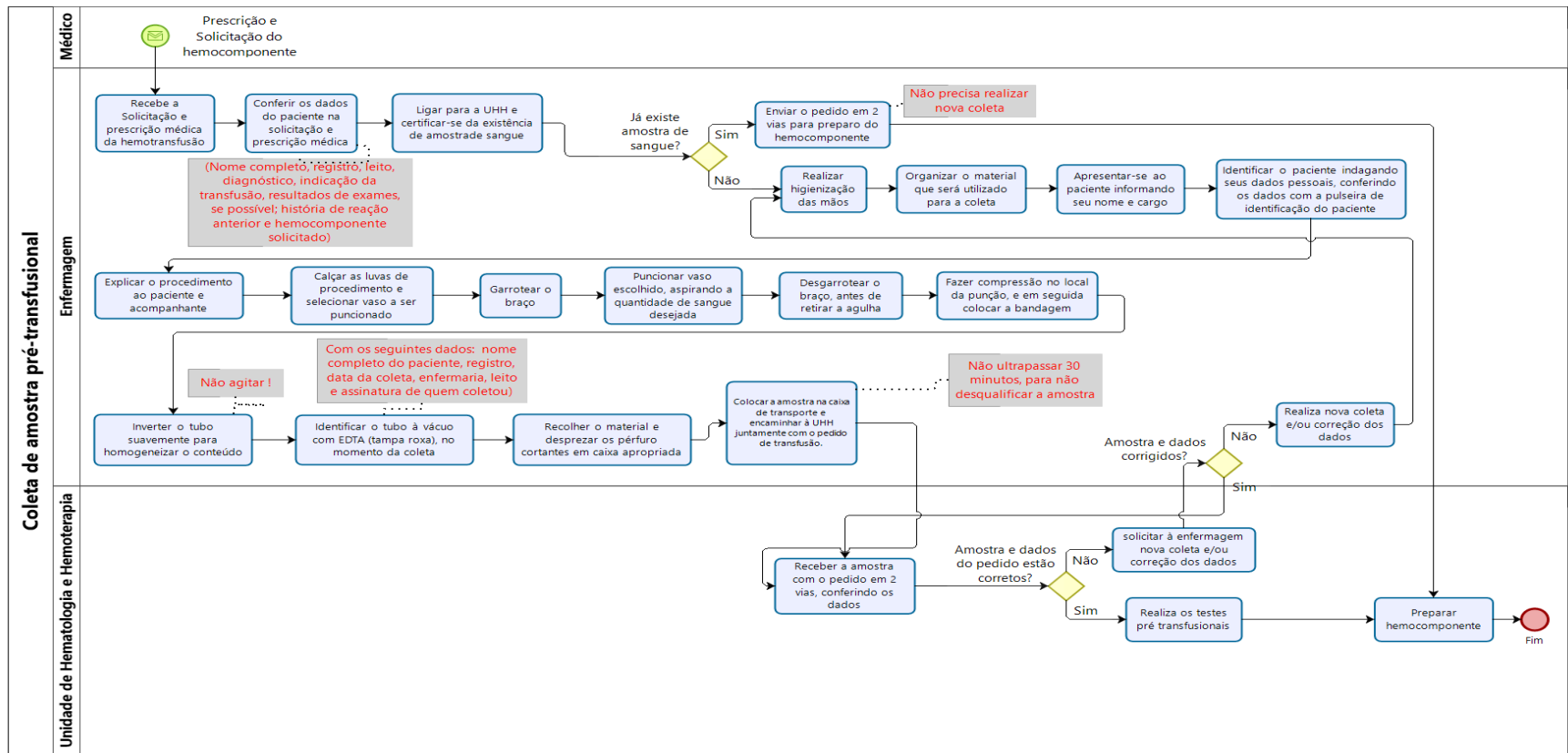
## **6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)**

**6.1.** Em caso de hemólise da amostra, realizar nova coleta.

|                     |  |                                  |                             |
|---------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 4/10       |                             |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão: 25/03/2027 |

## 7. FLUXOGRAMA

Figura 1 - Fluxograma da Coleta de Amostra Pré - Transfusional



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 5/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

## 8. REFERÊNCIAS

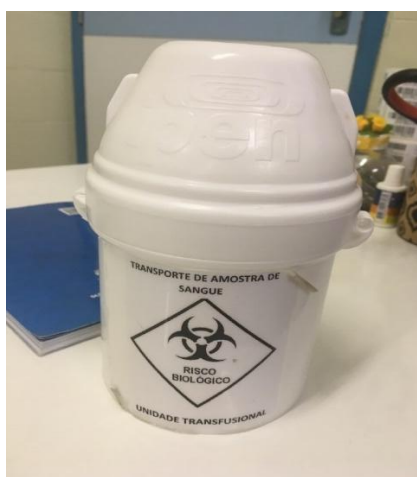
BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC N° 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017 – **Consolidações das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS - Anexo IV - Do sangue, componentes e hemoderivados.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes da OMS para tiragem de sangue: boas práticas em flebotomia.** Disponível em: < <https://portalidea.com.br/cursos/bsico-em-flebotomia-apostila02.pdf> >. Acessado em: 07 de dezembro de 2024.

## 9. APÊNDICE

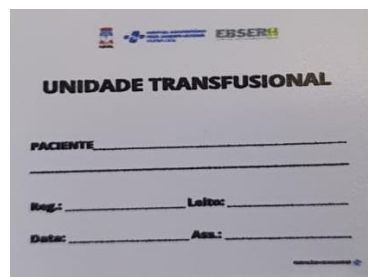
**Apêndice A** – Recipiente para transporte de amostra de sangue



Fonte: UHH - Hupaa-Ufal/Ebserh 2024

|                     |  |                            |                                |
|---------------------|--|----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 6/10 |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025        | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |
|                     |  | Versão: 4                  |                                |

**Apêndice B – Tubo à vácuo com EDTA e Etiqueta de identificação**



**Fonte:** Unidade de Hematologia e Hemoterapia - Hupaa-Ufal/Ebserh 2024



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 7/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

### Apêndice C - Solitação médica de hemocomponentes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA

|                     |                                   |                     |                  |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|
| Tipo de Documento   | FORMULÁRIO                        | Emissão: 25/03/2025 | Próxima revisão: |
| Título do Documento | SOLITAÇÃO DE HEMO COM COMPONENTES | Versão: 4           | 25/03/2027       |

PRECISAR EM DUAS VIAS

|   |                               |                  |  |
|---|-------------------------------|------------------|--|
| NOME DO PACIENTE: _____                                   |                               | REGISTRO: _____  |  |
| DATA NASC: _____  | SEXO: Escolher um item. _____ | PESO: _____      | CLÍNICA/LEITO: _____                       |
| DADOS LABORATORIAS Hb: _____                              | Hb: _____                     | PLAQ: _____      | TAP: _____ TTPa: _____ Fibrinogênio: _____ |
| DIAGNÓSTICO: _____  |                               | INDICAÇÃO: _____ |  |
| TRANSFUSÕES ANTERIORES: Es e other um item. ...           |                               |                  | GESTAÇÃO ANTERIOR: Es e other um item.     |
| REAÇÕES A TRANSFUSÕES ANTERIORES: Es e other um item. ... |                               |                  |  |

| HEMOCOMPONENTE SOLICITADO | VOLUME OU UNIDADES |                                     |
|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   | ---                | <input type="checkbox"/> FILTRADO   |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS  | ---                | <input type="checkbox"/> FENOTIPADO |
| PLASMA FRESCO             | ---                | <input type="checkbox"/> LAVADO     |
| CRIOPRECIPITADO           | ---                | <input type="checkbox"/> AFÉRESE    |

TIPO DE TRANSFUSÃO:  PROGRAMADA / DIA: \_\_\_\_\_  NÃO URGENTE (PRAZO 24 HORAS)  URGENTE (PRAZO 3H)

Assinatura, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Solicitante

EXTREMA URGÊNCIA (IMEDIATAMENTE)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE - TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA**

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(s) paciente(s) em questão por **NÃO** serem avaliados os testes [transfusão](#) e me responsabilizo pelas consequências do ato transfusional. O paciente está sob minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem demais na liberação do hemocomponente solicitado. (Em cumprimento à Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017).

Assinatura e carimbo do Médico Solicitante

PARA USO DO BANCO DE SANGUE

TRAGEM DO PACIENTE: TIPAGEM ABO: \_\_\_\_\_ FATOR RH: \_\_\_\_\_ PAI \_\_\_\_\_

| NÚMERO DA BOLSA | ABO/RH | VOLUME | DATA/HORA | ENTREGUE POR: | RECEBIDO POR: |
|-----------------|--------|--------|-----------|---------------|---------------|
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |
|                 |        |        |           |               |               |

Fonte: Unidade de Hematologia e Hemoterapia - Hupaa-Ufal/Ebserh 2025



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 8/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

## Apêndice D – Termo de Consentimento para Transfusão



|                     |   |                                    |                  |
|---------------------|---|------------------------------------|------------------|
| Tipo do Documento   | <b>FORMULÁRIO</b>   |                                    |                  |
| Título do Documento | <b>TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSSÃO DE HEMOCOMPONENTES</b> | Emissão: 23/09/2020<br>Versão: 3.0 | Próxima revisão: |

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 e crioprecipitado), indicada pelo (a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_.

Fui informado pelo profissional da equipe médica responsável pelo meu acompanhamento, que poderei ter a necessidade de utilizar sangue ou seus componentes durante meu tratamento no HUPAA/UFAL/EBSERH e que, apesar da seleção criteriosa dos doadores e da realização dos testes laboratoriais previstos em lei (hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV), ainda existe um risco, apesar de pequeno, de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponente (Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde).

Estou ciente de que as transfusões podem causar reações adversas 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 tomados 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, sendo nessas situações, sempre avaliado e acompanhado médico plantonista e equipe de enfermagem do hospital.

Fui orientado quanto à possibilidade de infecção após a transfusão de sangue e a procurar imediatamente o serviço de emergência do CACON para os pacientes oncológicos acompanhados no HUPAA, ou outro serviço de emergência do estado, caso apresente febre, mal-estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após ser liberado pelo setor do hospital onde realizou a transfusão.

Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas à 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 desta decisão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes clínicos e cirúrgicos com prescrição médica ou reserva de sangue/hemocomponentes para cirurgia. A validade é de 1 (um) ano para atendimentos ambulatoriais.

### PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO, EM CASO DE EMERGÊNCIA / RISCO DE MORTE

Eu, \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_, responsável pelo esclarecimento do tratamento instituído, declaro que não foi possível a apresentação deste TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSSÃO DE HEMOCOMPONENTES, por tratar-se de situação de emergência e/ou risco de morte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_  
Data



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 9/10       |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA       | ELABORAÇÃO/REVISÃO   | DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO   |
|--------|------------|--|--|
| 1      | 04/07/2017 | Ingyrd Leylane de Holanda Galvão                                   | Institui o Procedimento Operacional Padrão coleta de amostra pré-transfusional |
| 2      | 22/07/2018 | Ingyrd Leylane de Holanda Galvão                                   | Revisão textual  |
| 3      | 28/10/2021 | Ingyrd Leylane de Holanda Galvão<br>Krisley Rodrigues Lima Pereira | Revisão textual e adequação do POP à norma zero                                |
| 4      | 25/03/2025 | Ingyrd Leylane de Holanda Galvão<br>Krisley Rodrigues Lima Pereira | Atualização do fluxograma e apêndices.   |



|                     |  |                                  |                                |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento   | <b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>                 | POP.HEMOT.001- Página 10/10      |                                |
| Título do Documento | <b>COLETA DE AMOSTRA PRÉ-TRANSFUSIONAL</b> | Emissão: 25/03/2025<br>Versão: 4 | Próxima revisão:<br>25/03/2027 |

**Revisão:**

Ingyrd Leylane de Holanda Galvão  
Enfermeira da Unidade de Hematologia e Hemoterapia

Krisley Rodrigues Lima Pereira  
Enfermeira da Unidade de Hematologia e Hemoterapia

Dayse Barbosa Leite  
Enfermeira da Unidade de hematologia e Hemoterapia

Daniela Medeiros de Magalhães  
Enfermeira da Unidade de hematologia e Hemoterapia

**Análise:**

Cinthy Pereira Leite Costa de Araújo  
Médica da Unidade de Hematologia e Hemoterapia/UHH

**Validação:**

Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Unidade de Vigilância em Saúde

Setor de Gestão da Qualidade

**Aprovação:**

Luciana de Andrade Pereira  
Chefe da Unidade de Hematologia e Hemoterapia