

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 1/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

## 1. OBJETIVO(S)

Padronizar a administração de hemocomponentes no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA, a fim de que ocorra com qualidade e segurança, conforme a necessidade terapêutica do paciente.

## 2. RESPONSÁVEL

Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

## 3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Álcool 70%;
- Algodão hidrófilo;
- Caixa térmica apropriada para transporte;
- Equipamentos de Proteção Individual - EPI's (Luvas de procedimentos, óculos de proteção, máscara cirúrgica e gorro);
- Equipo de transfusão com filtro específico de hemocomponente;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Fita Adesiva;
- Garrote;
- Termômetro digital;
- Solicitação médica de hemocomponente (Apêndice A);
- Tubo com EDTA identificado (Apêndice B);
- Termo de Consentimento para transfusão (Apêndice C);
- Ficha manual de notificação de suspeita de evento adverso a hemocomponentes (Apêndice D).
- Formulário de registro de hemocomponentes – centro cirúrgico (Apêndice E).

## 4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

**4.1.** Entrar em contato, via telefone com a Unidade de Hematologia e Hemoterapia (UHH), para confirmar a disponibilidade do hemocomponente;

**4.2.** Aferir sinais vitais do paciente pré-instalação e passar os valores à UHH;

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 2/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

- 4.3.** Receber o hemocomponente e confirmar obrigatoriamente: identificação do receptor, rótulo da bolsa, dados da etiqueta de liberação e validade do produto;
- 4.4.** Realizar inspeção visual da bolsa (cor, integridade e temperatura), através de dupla checagem (enfermeiro e técnico em enfermagem ou enfermeiro) para segurança do receptor;
- 4.5.** Conferir prescrição médica e a Solicitação de hemocomponente recebida pela equipe técnica da Unidade de Hematologia e Hemoterapia, conferindo, obrigatoriamente, os dados do paciente e hemocomponente a ser transfundido. Em caso de solicitação de mais de um hemocomponente no mesmo pedido médico, a equipe de enfermagem fará a conferência das duas vias, retornando apenas uma via à UHH. Quando do recebimento da 2ª bolsa, haverá nova checagem;
- 4.6.** Paramentar-se com os EPI's;
- 4.7.** Higienizar as mãos, conforme PRT. NSP.002/2020 – Higienização das Mãos;
- 4.8.** Retirar protetor do equipo;
- 4.9.** Fechar as pinças do equipo;
- 4.10.** Conectar o equipo na bolsa, preenchendo um terço da câmara de gotejamento, possibilitando a formação adequada do nível residual para facilitar a visualização do gotejamento;
- 4.11.** Aguardar o preenchimento do equipo até a extremidade, retirando o ar;
- 4.12.** Apresentar-se ao paciente, informando seu nome e cargo;
- 4.13.** Conferir a pulseira e confirmar a identificação do paciente, indagando seus dados pessoais (nome completo e data de nascimento), caso o mesmo esteja consciente;
- 4.14.** Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
- 4.15.** Conectar o equipo, abrir lentamente a pinça reguladora do fluxo, verificar o tempo de infusão e controlar o gotejamento;
- 4.16.** Estabelecer o gotejamento lento por 10 minutos e ficar ao lado do paciente durante este intervalo, observando possíveis sinais de reação transfusional;
- 4.17.** Ajustar o gotejamento conforme hemocomponente a ser transfundido, respeitando o tempo de infusão (Anexo A);
- 4.18.** Orientar o acompanhante ou paciente, que qualquer intercorrência avisar à enfermagem e informar sobre a possibilidade de reações transfusionais;
- 4.19.** Descartar materiais utilizados no lixo de resíduos biológicos e higienizar as mãos, conforme PRT. NSP.002/2020 – Higienização das Mãos;
- 4.20.** Higienizar as mãos e permeabilizar o acesso venoso com solução fisiológica 0,9%, ao término da transfusão, com o uso de luvas de procedimento;
- 4.21.** Descartar a bolsa com equipo no recipiente de resíduos biológicos;

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 3/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

**4.22.** Higienizar as mãos, conforme PRT. NSP.002/2020 – Higienização das Mãos;

**4.23.** Realizar a anotação da transfusão em prontuário contendo os seguintes dados: horário de início e término, registro dos sinais vitais pré e pós transfusional, data, volume, tipo do hemocomponente, nº da bolsa e grupo sanguíneo, intercorrências, se houver, e providências envolvidas na transfusão;

**4.24.** Realizar registro da transfusão, no formulário de Registro de Hemocomponentes transfundidos no centro cirúrgico, quando a instalação ocorrer pela equipe anestésica. O formulário deverá ser preenchido com todos os dados referentes a transfusão, assinado pelo profissional médico que administrou o hemocomponente e anexado ao prontuário físico do paciente;

**4.25.** Checar a administração do hemocomponente na prescrição médica.

## 5. RECOMENDAÇÕES

**5.1.** Em caso de solicitação de mais de 1 unidade do hemocomponente, no mesmo pedido médico, deixar a 1ª via, já primeiramente recebida, de fácil acesso, para que a nova checagem e anotações necessárias pela UHH possam ser realizadas no momento de entrega da bolsa;

**5.2.** Verificar as condições clínicas e infusionais do paciente, como os sinais vitais e disponibilidade/características do acesso venoso antes de solicitar o hemocomponente;

**5.3.** Recomenda-se que a transfusão seja preferencialmente realizada durante o período diurno, a fim de evitar erros;

**5.5.** A solicitação do hemocomponente deve conter os seguintes dados: nome completo, registro, leito, diagnóstico, indicação da transfusão, resultados de exames, se possível, história de reação anterior, o hemocomponente solicitado e o tipo de transfusão;

**5.6.** A bolsa de hemocomponente deve ser instalada assim que chegar no setor. Nunca aquecer o hemocomponente na unidade de internação, nem guardar em refrigerador da unidade;

**5.7.** Caso o início da infusão não aconteça dentro de 30 minutos após a chegada da bolsa, devolvê-la imediatamente à Unidade de Hematologia e Hemoterapia, a fim de que a mesma seja armazenada com controle rigoroso de temperatura;

**5.8.** Certificar-se de administração da medicação pré transfusional, se prescrito;

**5.9.** Quando o hemocomponente for administrado em cateter central, administrar 20ml de SF 0,9% em bolus antes e depois da infusão para a lavagem do cateter, conforme POP.DivENF.106;

**5.10.** Caso o paciente apresente febre ou outro sinal vital alterado antes de iniciar a transfusão, cabe ao médico assistente a liberação da transfusão ou não;

**5.11.** Caso os pacientes sejam cardiopatas, nefropatas, idosos e crianças, recomenda-se



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 4/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

transfundir lentamente e, se possível, mantê-los com a cabeceira elevada. Avaliar com o médico e com hemoterapeuta a possibilidade de fracionamento da bolsa para infusão de menor volume;

**5.12.** Orientar os pacientes ambulatoriais quanto a eventuais reações adversas nas primeiras 24 horas pós o procedimento transfusional;

**5.13.** Orientar e observar pacientes internados nas primeiras 24 horas após término da transfusão;

**5.14.** A via de acesso venoso para a infusão do hemocomponente deverá ser exclusiva. Caso paciente esteja portando cateter venoso central duplo lúmen, poderá ser infundido bolsa paralelamente às medicações ou outro fluido, se não tiver como adiar o horário.

**5.15.** Em caso de paciente inconsciente e sem acompanhante, conferir os dados contidos na pulseira de identificação do paciente juntamente com a solicitação e rótulo do hemocomponente;

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

**6.1.** Em caso de falha na identificação/rotulagem da bolsa do hemocomponente: devolver bolsa e pedido à UHH;

**6.2.** Em caso de administração de medicamentos ou solução não fisiológica na mesma linha venosa do hemocomponente, suspender a administração do hemocomponente, desprezar a bolsa e comunicar à Unidade de Hematologia e Hemoterapia;

**6.3.** Em caso de administração do hemocomponente em tempo superior a quatro horas, interromper a infusão, anotar e comunicar ao médico;

**6.4.** Em caso de ausência de aferição/registros de sinais vitais pré e pós-transfusão, a equipe de enfermagem será notificada sobre a ausência de registro;

**6.5.** Em caso de erro na identificação do paciente ou hemocomponente, com a bolsa já instalada, independente de ABO/Rh compatível ou não, interromper imediatamente a infusão, anotar em prontuário, comunicar ao médico assistente e UHH, além de notificar no VIGIHOSP;

**6.6.** Em caso de reações transfusionais, que o paciente apresente febre e/ou calafrios o profissional deve interromper a transfusão imediatamente, comunicar ao médico da clínica e comunicar à Unidade de Hematologia e Hemoterapia;

**6.7.** Encaminhar a bolsa com equipo envolvida em saco plástico transparente e amostra de sangue do paciente em tubo com EDTA (Tampa roxa) à UHH para análise e notificar no VIGIHOSP, conforme Protocolo de Identificação e Tratamento das Reações Transfusionais (PRT.UHH.HEMOT.006/2024);

**6.8.** Em caso de inviabilidade do sistema eletrônico do VIGIHOSP, notificar na ficha manual de reações (Apêndice D), que se encontra na biblioteca de documentos do HUPAA; e



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 5/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

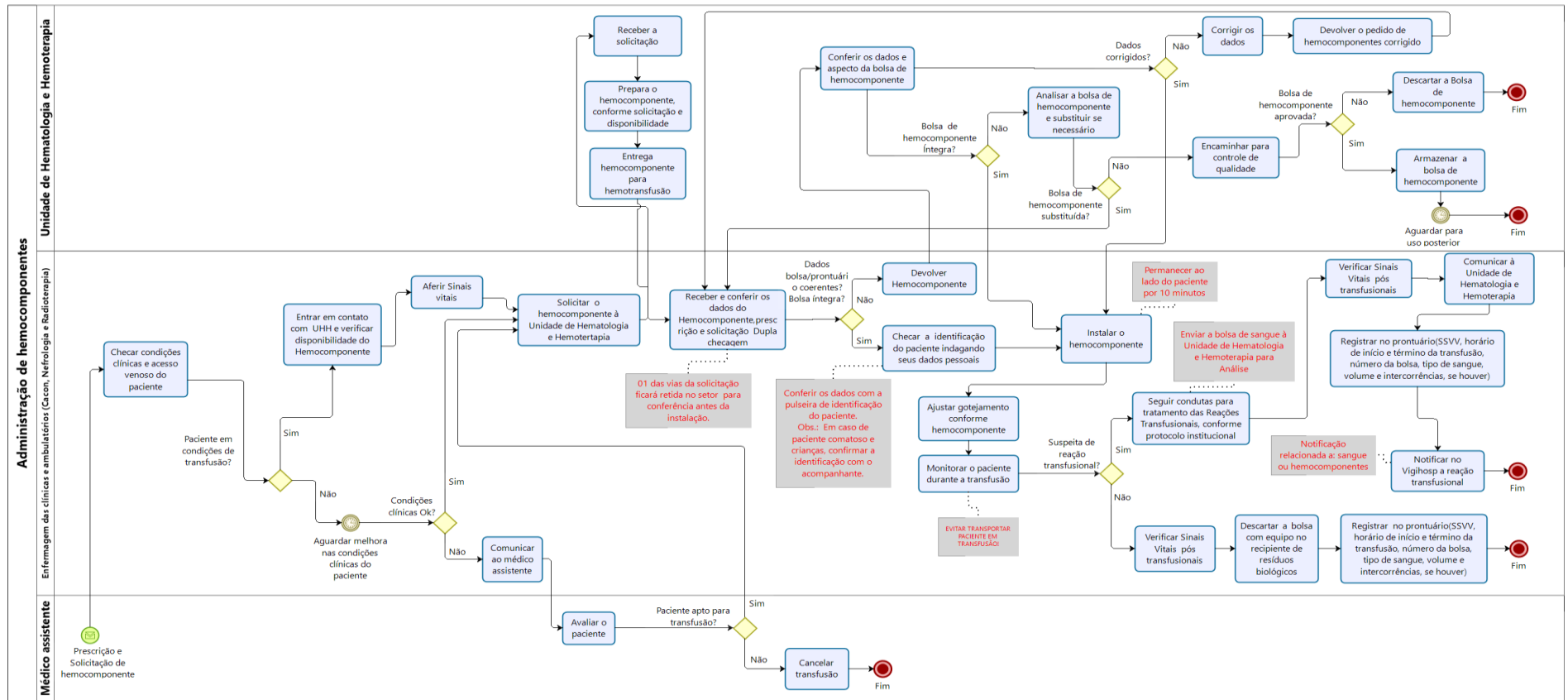
encaminhar à Unidade de Hematologia e Hemoterapia;

**6.9.** Em caso de qualquer outra intercorrência, comunicar ao médico assistente ou plantonista e à Unidade de Hematologia e Hemoterapia.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	UHH.HEMOT.002 - Página 6/15	
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 25/03/2025	Próxima revisão: 25/03/2027
		Versão: 7	

## 7. FLUXOGRAMA

Figura 1. Fluxograma da Administração de Hemocomponentes



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



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 7/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

## 8. REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil** (Revisão do “Marco Conceitual e Operacional da Hemovigilância : guia para a Hemovigilância no Brasil”). Brasília, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Consolidação nº 05/2017 – Consolidações das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema único de Saúde - Anexo IV - Do sangue, componentes e hemoderivados** (Origem:PRT MS/GM 158/2016).Diário Oficial da União.3 out 2017, nº 190.


BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2.ed. Brasília, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_uso\\_hemocomponentes\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf). Acessado em 23 de novembro de 2023.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 8/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

## 9. APÊNDICE

### Apêndice A – Solicitação médica de Hemocomponente



Tipo de Documento	FORMULÁRIO	Emissão: 03/03/2025	Próxima revisão:
Título do Documento	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	Versão: 3	

PREENCHER EM DUAS VIAS

NOME DO PACIENTE: _____		REGISTRO: _____	
DATA NASC: _____	SEXO: Escolher um item. _____	PESO: _____	CLÍNICA/LEITO: _____
DADOS LABORATORIAS Hb: _____	Hb: _____	PLAQ: _____	TAP: _____
DIAGNÓSTICO: _____		INDICAÇÃO: _____	
TRANSFUSÕES ANTERIORES: Es e other um item. ...		GESTAÇÃO ANTERIOR: Es e other um item.	
REAÇÕES A TRANSFUSOES 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 TRANSFUÇÃO:  PROGRAMADA / DIA: \_\_\_\_\_  NÃO URGENTE (PRAZO 24 HORAS)  URGENTE (PRAZO 3H)

Macedo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Solicitante

EXTREMA URGÊNCIA (IMEDIATAMENTE)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – TRANSFUÇÃO DE EXTREMA URGÊNCIA**

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(s) paciente em questão por **NÃO** serem avaliados os testes [www.transfusao.gov.br](#) e me responsabilizo pelas consequências do ato transfusional. O paciente está sob minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem demora 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

TRANSFUSÃO 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>	UHH.HEMOT.002 - Página 9/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025	Próxima revisão: 25/03/2027
		Versão: 7	

**Apêndice B – Amostra do paciente**




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



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 10/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

## Apêndice C – Termo de Consentimento para Transfusão

			
Tipo do Documento	FORMULÁRIO		
Título do Documento	<b>TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 23/09/2020 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/EBSEH 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.

<b>PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MEDICO, EM CASO DE EMERGENCIA / RISCO DE MORTE</b>	
Eu, _____, CRM: _____, responsável pelo esclarecimento do tratamento instituído, declaro que não foi possível a apresentação deste TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUÇÃO 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>	UHH.HEMOT.002 - Página 11/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025	Próxima revisão: 25/03/2027
		Versão: 7	

**Apêndice D – Ficha manual de notificação de suspeita de evento adverso a hemocomponentes**

Tipo do Documento	FICHA / ROTINA	Emissor:	Próxima revisão:
Título do Documento	NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE EVENTO ADVERSO A HEMOCOMPONENTES	Versão: 7	



GERÊNCIA DE RISCO SANITÁRIO HOSPITALAR

**HEMOVIGILÂNCIA**

Notificação Nº (para uso da Gerência de Risco)

DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Sexo: Escolher um item. \_\_\_\_\_ INDICAÇÃO DA TRANSFUÇÃO: \_\_\_\_\_

Raça: Escolher um item. \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Clínica: Escolher um item. \_\_\_\_\_ Enfermaria/Leito: \_\_\_\_\_

SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS DURANTE O EVENTO ADVERSO

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Taquipnéia
<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Hemoglobinúria	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Cianose de extremidades	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Cianose labial	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial	<input type="checkbox"/> Urticárias
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Púrpuras	
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Rouquidão	
<input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmão	<input type="checkbox"/> Soroconversão	

DESCRIÇÃO E CONDUTA DO EVENTO ADVERSO:

Data: 31/08/2021 Horário início da infusão: \_\_\_\_\_ Horário término da infusão: \_\_\_\_\_

TIPO DE HEMOCOMPONENTE

	Nº da Bolsa	Grupo ABO/RH	Validade
<input type="checkbox"/> Concentrado de hemácias			
<input type="checkbox"/> Concentrado de plaquetas			
<input type="checkbox"/> Plasma fresco			

Tipo do Documento	FICHA / ROTINA	Emissor:	Próxima revisão:
Título do Documento	NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE EVENTO ADVERSO A HEMOCOMPONENTES	Versão: 7	

PARA USO DA UNIDADE TRANSFUSIONAL

TESTES IMUNOHEMATOLÓGICOS

TESTES	AMOSTRA PRÉ	AMOSTRA PÓS
ABO/Rh bolsa		
ABO/Rh paciente		
PAJ		
Coombs Direto		
Prova Cruzada		
Eluato		
Auto Anticorpo		
Identificação do Anticorpo		

OBS.: Bolsa enviada para cultura? NÃO Data: \_\_\_\_\_

OBS.: Toda bolsa envolvida em reação febril encaminhar ao laboratório para cultura.

OBSERVAÇÕES/CONCLUSÕES:

Data da Transfusão: _____	Assinatura e Carimbo:
Data da notificação no VIGIHOSP: _____	
Data da notificação no NOTIVISA: _____	

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



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 12/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025	Próxima revisão: 25/03/2027
		Versão: 7	

### Apêndice E – Formulário de registro de hemocomponentes – Centro Cirúrgico



Tipo do Documento	<b>FORMULÁRIO</b>		
Título do Documento	<b>REGISTRO DE HEMOCOMPONENTES - CENTRO CIRÚRGICO</b>	Emissão: 18/10/2024	Próxima revisão: 18/10/2026
		Versão: 3	

#### REGISTRO DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS NO CENTRO CIRÚRGICO PELA EQUIPE ANESTÉSICA

NOME DO PACIENTE:  
REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:  
DATA DA TRANSFUÇÃO:

HEMOCOMPONENTE	HORA DE INÍCIO	SINAIS VITAIS	HORA DE TÉRMINO	SINAIS VITAIS	INTERCORRÊNCIAS
TIPO: Tipagem ABO/ RH: Número da bolsa: Volume: Validade:		Temperatura: PA: FC: FR: SpO2:		Temp: PA: FC: FR: SpO2:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: ASS. RESPONSÁVEL:
TIPO: Tipagem ABO/ RH: Número da bolsa: Volume: Validade:		Temperatura: PA: FC: FR: SpO2:		Temp: PA: FC: FR: SpO2:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: ASS. RESPONSÁVEL:
TIPO: Tipagem ABO/ RH: Número da bolsa: Volume: Validade:		Temperatura: PA: FC: FR: SpO2:		Temp: PA: FC: FR: SpO2:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: ASS. RESPONSÁVEL:

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

Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 13/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

## 10. ANEXOS

### Anexo A - Tempo de infusão dos hemocomponentes

Plaquetas	Infusão rápida (máximo 60 minutos); em pacientes pediátricos, não exceder a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora
Plasma	1 hora, sendo o tempo máximo de 4 horas;
Concentrado de hemácias	60 minutos a 2 horas, máximo de 4 horas; ou a critério médico em casos de urgência e ficar atento para as comorbidades: cardiopatia, nefropatia, etc.); Em pacientes pediátricos, não exceder a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora.

Fonte: Guia para uso de hemocomponentes. 2.ed. Brasília, 2015.

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	28/07/2014	Daniela Magalhães	Institui o Procedimento Operacional Padrão Administração de Hemocomponentes no Hupaa.
2	17/05/2015	Daniela Magalhães	Revisão de textual e ajuste ao modelo de formulário/manual.
3	12/07/2017	Ingyrd Leylane de Holanda Galvão Krisley Rodrigues Lima Pereira	Revisão textual e construção do fluxograma de administração de hemocomponentes.
4	28/11/2017	Ingyrd Leylane de Holanda Galvão Krisley Rodrigues Lima Pereira	Revisão textual após inspeção da Vigilância Sanitária.
5	22/10/2018	Ingyrd Leylane de Holanda Galvão	Revisão textual e atualização do fluxograma.
6	12/08/2021	Ingyrd Leylane de	Revisão textual e adequação a norma zero.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 14/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

		Holanda Galvão Krisley Rodrigues Lima Pereira Dayse Barbosa Leite	
7	25/03/2025	Ingryd Leylane de Holanda Galvão Krisley Rodrigues Lima Pereira Dayse Barbosa Leite Daniela Medeiros de Magalhães	Alteração do fluxograma e apêndice A.



Tipo do Documento	<b>PROCEDIMENTO/ROTINA</b>	UHH.HEMOT.002 - Página 15/15	
Título do Documento	<b>ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES</b>	Emissão: 25/03/2025 Versão: 7	Próxima revisão: 25/03/2027

<b>Revisão:</b>  Ingrid 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	
<b>Análise:</b>  Cintha Pereira Leite Costa de Araújo Médica da Unidade de Hematologia e Hemoterapia/UHH	
<b>Validação:</b>  Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Unidade de Vigilância em Saúde  Setor de Gestão da Qualidade	
<b>Aprovação:</b>  Luciana de Andrade Pereira Chefe da Unidade de Hematologia e Hemoterapia	