

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 1/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

1. SUMÁRIO

2	SIGLAS E CONCEITOS.....	1
3.	OBJETIVO.....	1
4.	INTRODUÇÃO	1
5.	JUSTIFICATIVA	2
6.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	2
7.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
8.	RECOMENDAÇÕES.....	11
9.	AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO).....	11
10.	ANEXOS.....	11
11.	APÊNDICE	12
13.	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	15

2. SIGLAS E CONCEITOS

CH: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CP: CONCENTRADO DE PLAQUETAS

EBSERH: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TS: TIPAGEM SANGUÍNEA

PAI: PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES

PBM: *PATIENT BLOOD MANAGEMENT*

HUPAA: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

AMIU: ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA

UHH: UNIDADE DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

UFAL: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

3. OBJETIVO

Padronizar as reservas de hemocomponentes em cirurgias eletivas realizadas no HUPAA, realizando um atendimento eficaz e seguro, além de prevenir possíveis danos aos pacientes e perda de insumos pela UHH.

4. INTRODUÇÃO

A transfusão de concentrado de hemácias (CH) é altamente prevalente em procedimentos cirúrgicos. Quando bem indicada, desempenha um papel importante na sobrevivência do paciente. No entanto, a transfusão de hemocomponentes pode trazer complicações e custos para o

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 2/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

sistema de saúde, necessitando de alta tecnologia, recursos humanos especializados, além de ser um recurso limitado, dependente da doação voluntária. Portanto seu racionamento é de extrema importância (BAKER, 2021).

O Gerenciamento de Sangue do Paciente ou *Patient Blood Management* (PBM) que tem como objetivo a abordagem individualizada do mesmo, com o objetivo de melhorar seus desfechos clínicos, reduzindo a perda sanguínea, melhorando a qualidade e segurança da assistência e dando autonomia na tomada de decisões. (BISBE, 2021; CHAU, 2020; ABHH,2023).

O PBM apresenta três pilares: o diagnóstico e tratamento da anemia, redução de perdas sanguíneas e “tolerância da anemia”. Este programa demonstrou redução de custos, redução de insuficiência renal aguda pós-operatória, anemia no pré-operatório e transfusão sanguínea perioperatória (ABHH, 2023).

A adoção do PBM ainda é um desafio e depende da abordagem multidisciplinar, educação permanente, registro e análise de indicadores, desenvolvimento de protocolos transfusionais (CHAU, 2020; BISBE 2021).

Por fim, em cirurgias eletivas com alto risco de sangramento, deve ser feita a reserva de concentrado de hemácias na quantidade adequada, devendo ser uma prática clínica constante a revisão de protocolos e o gerenciamento consciente da terapia transfusional (BISBE, 2021).

5. JUSTIFICATIVA

Padronizar as reservas de hemocomponentes para procedimentos cirúrgicos, com o consequente atendimento transfusional eficaz e seguro aos pacientes submetidos a cirurgias no HUPAA e, considerando a grande variabilidade de indicação de reserva de hemocomponentes para cada tipo de procedimento, levou a UHH, juntamente com a equipe cirúrgica, anestésica e, com a aprovação prévia pelo Comitê Transfusional, a desenvolver uma lista de procedimentos cirúrgicos realizados no hospital e suas respectivas necessidades transfusionais, evitando perda de insumos e custos indiretos pela Unidade de Hemoterapia e Hematologia (UHH) do HUPAA, assim como possíveis danos aos pacientes atendidos.

- Nortear a reserva de concentrado de hemácias para cirurgias eletivas;
- Embasar protocolo com dados da literatura;
- Melhorar desfechos clínicos;
- Reduzir custos e desperdícios.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

6.1. Inclusão: Serão incluídos todos os pacientes em programação cirúrgica eletiva atendidos no HUPAA, com necessidade de reserva de concentrado de hemácias (CH) e/ou concentrado de plaquetas (CP), para o intra ou pós-operatório imediato.

6.2. Exclusão: Cirurgias de urgência-emergência, cirurgias onde reconhecidamente não há necessidade de reserva de hemocomponentes, tipagem sanguínea (TS) e/ou pesquisa de

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 3/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

anticorpos irregulares (PAI), cirurgias suspensas e de nome do procedimento não informado.

7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe médica da UHH, cirurgiões, anestesistas e seus respectivos residentes médicos do HUPAA/UFAL/EBSERH.

7.1. Equipe médica da unidade solicitante

7.1.1. O cirurgião responsável ou residente, deverá preencher o formulário de AVISO DE CIRURGIA (anexo 1), no dia anterior ao procedimento, preenchendo o campo de “SANGUE QUANTIDADE” para os procedimentos que necessitarem de reserva, segundo o protocolo institucional (Quadro 1) e ser encaminhado ao Setor de Admissão e Alta do HUPAA, para que o mapa cirúrgico possa ser digitado e liberado para consulta no sistema AGHU, até às 11:00h;

7.1.2. No ato do internamento do paciente, a equipe médica solicitante da reserva de hemocomponentes, deverá também preencher, em 2 vias, o formulário de solicitação de Hemocomponentes (anexo 2) e o Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para transfusão de hemocomponentes (anexo 3) que se encontram na página do HUPAA (**acessar página inicial do HUPAA - > ASSISTENCIAL -> PORTAL DOCUMENTOS - > UNIDADE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - > FORMULÁRIOS**).

7.1.3. O formulário deverá ser preenchido até as 17:00h e entregue ao colaborador burocrata da clínica cirúrgica, para que o mesmo seja enviado a UHH até às 19:00h do dia anterior a cirurgia, juntamente com a 1ª via assinada do termo de consentimento. A 2ª via deverá ser anexada ao prontuário do paciente.

7.1.4. Caso o médico solicitante deseje reserva de concentrado de hemácias diferente do estabelecido neste protocolo, deverá justificar na solicitação de hemocomponentes estando sujeita a avaliação prévia do hemoterapeuta.

7.1.5. A reserva de **CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS OU POR AFÉRESE** para procedimentos cirúrgicos ou invasivos, deve ser solicitada com intervalo mínimo de 10 dias antes do procedimento cirúrgico, de acordo com o Quadro 2.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 4/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Quadro 1 - Recomendação do protocolo de reserva para a cirurgia a ser realizada

PROCEDIMENTO	RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS OU TIPAGEM SANGUÍNEA (TS)
Cirurgia Geral	
Gastroenteroanastomose	1
Apendicectomia	0
Colecistectomia	0
Biópsia hepática	TS*
Esplenectomia	1
Gastrostomia	0
Herniorrafia	0
Laparoscopia	0
Laparotomia exploradora	1
Cirurgia Oncológica	
Amputação de membros	1
Esofagectomia	1
Exenteração pélvica em oncologia	2
Gastrectomia parcial	1
Gastrectomia total	1
Gastroduodenopancreatectomia	2
Hepatectomia	2
Pancreatectomia	1
Ressecção de Tumor de Retroperitoneo	1
Coloproctologia	
Colectomia	2

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 5/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Colostomia	0
Enterectomia	TS*
Reconstituição Transito Intestinal	TS*
Retossigmoidectomia	1
Cirurgia do Aparelho Digestivo	
Cardiomiectomia	TS*
Cardioplastia de megaesôfago	1
Dilatação esofágica	TS*
Anastomose Bílio-digestiva	TS*
Hérnia de hiato	0
Tratamento Cirúrgico de Hipertensão Portal / Varizes de Esôfago	1
Ginecologia e Obstétrica	
AMIU	0
Anexectomia	TS*
Biópsia de mama	0
Biópsia de ovário	0
Cesária	0
Colpoperineoplastia	0
Conização de colo uterino	0
Curetagem uterina (Mola)	0
Gravidez ectópica	1
Histerectomia	TS*
Histerectomia Total Ampliada	1

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 6/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Histerectomia em Oncologia	1
Histerectomia + Anexectomia	1
Mastectomia radical	0
Quadrantectomia	0
Placenta prévia	1
Mastectomia simples	0
Miomectomia	TS*
Ooforectomia	0
Ooforectomia em oncologia	1
Setorectomia	0
Vulvectomia Radical Ampliada	TS + PAI *
Cirurgia Cardiopulmonar	
Biópsia de pleura	0
Broncoscopia	0
Colocação de cateter venoso	0
Decorticação Pulmonar	1
Drenagem de tórax	0
Drenagem de pleura	0
Exérese de TU Mediastino	1
Lobectomia	1
Pneumectomia	1
Segmentectomia Regrada	1
Simpatectomia	0
Traqueostomia	0

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 7/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Toracotomia	1
Neurocirurgia	
Artrodese de Coluna	1
Craniotomia por aneurisma	2
Craniotomia por hematoma	1
Craniotomia por tumor	1
Cranioplastia	TS*
Derivação ventrículo-peritoneal	0
Hérnia de disco	0
Hipofisectomia	TS*
Laminectomia	1
Ressecção TU Raquimedular	TS*
Otorrinolaringologia/Cabeça e Pescoço	
Adenoamigdalectomia	0
Adenoidectomia	0
Amigdalectomia	0
Esvaziamento cervical	0
Etmoidectomia	0
Exérese de cisto branquial	0
Laringectomia	0
Paratireoidectomia	0
Septoplastia cartilaginosa	0
Timpanoplastia	0
Tireoidectomia	0

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 8/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Turbinectomia	0
Uvulopalatofaringoplastia	0
Urologia	
Adrenalectomia	1
Cistectomia Radical	1
Cistoprostatectomia	1
Cistostomia	0
Colocação de cateter duplo J	0
Nefrectomia	1
Nefrolitotomia	1
Postectomia	0
Prostatectomia Radical	TS*
Prostatectomia transvesical	TS*
Ressecção endoscópica da próstata	0
Ressecção endoscópica vesical	0
Cirurgia Plástica	
Colocação de prótese de mama	0
Dermolipectomia abdominal	0
Desbridamento	0
Enxerto de pele	0
Mamoplastia	0
Reconstrução da mama c/reto-abdominal	1
Cirurgia Pediátrica	
Esofagocoloplastia	2

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 9/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

Esofagoplastia	1
Gastrostomia	0
Piloroplastia	0
Anastomose bílio-digestiva	1
Esplenectomia	1
Hepatectomia Parcial	2
Implantação de cateter de longa permanência semi ou totalmente implantável	TS*
Decorticação pulmonar	1
Pieloplastia	0

Fonte: Unidade de Hematologia e Hemoterapia – UHH/HUPAA-UFAL, 2024.

*TS = Tipagem sanguínea

*PAI= Pesquisa de anticorpo irregular (Coombs inditeto)

Quadro 2 - Reserva de concentrado de plaquetas para procedimentos cirúrgicos ou invasivos.

Procedimentos	Nível Desejado (/μL)
Punção lombar para coleta de líquido ou quimioterapia em pacientes pediátricos	superior a 20.000/μL
Punção lombar para coleta de líquido ou quimioterapia em pacientes adultos	superior a 30.000/μL
Anestesia peridural	superior a 50.000/μL
Raqueanestesia	superior a 80.000/μL
Biópsia de medula óssea	superior a 20.000/μL
Aspirado de medula óssea (mielograma)	independente do nível
Endoscopia digestiva alta - sem biópsia	superior a 20.000/μL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 10/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	
Endoscopia digestiva alta - com biópsia		superior a 50.000/ μ L	
Biópsia hepática		superior a 50.000/ μ L	
Broncoscopia com instrumento de fibra óptica - sem biópsia		superior a 20.000/ μ L	
Broncoscopia com instrumento de fibra óptica - com biópsia		superior a 50.000/ μ L	
Cirurgias de médio e grande porte		superior a 50.000/ μ L	
Cirurgias oftalmológicas posterior e neurológicas		superior a 100.000/ μ L	
Cirurgia catarata		independente do nível	

Fonte: Ministério da Saúde, 2016 e ABHH/PBM 2023.

7.2 Equipe médica e técnica da Unidade Transfusional:

7.2.1. Médico da UHH:

- Avaliação diária VESPERTINA das solicitações de reserva pela equipe médica da UHH, de acordo com o tipo de procedimento e o mapa cirúrgico encaminhado diariamente a unidade. O mapa cirúrgico é acessado e impresso diariamente através do sistema AGHU;
- A equipe médica da UHH fará as mudanças necessárias de acordo com o protocolo de reserva e deixar o mapa cirúrgico anexado ao quadro de avisos da sala da Imunohematologia, para conhecimento dos técnicos da unidade;

7.2.2. Técnico da UHH:

- Receber o formulário de solicitação de reserva de hemocomponentes e o Termo de consentimento da transfusão, até o limite das 20 horas e verificar se corretamente preenchidos e assinados;
- Assinar o protocolo da clínica cirúrgica, de recebimento dos formulários;
- Realizar a coleta da amostra de sangue dos pacientes;
- Realização das provas pré-transfusionais necessárias (TS, PAI, PC), de acordo com o tipo e quantidade do hemocomponente solicitado;
- Fazer as reservas de acordo com o mapa transfusional e a pré-avaliação do médico da UHH;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 11/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

- Em caso de não disponibilidade da reserva do concentrado de hemácias ou plaquetas solicitado, a falta do hemocomponente deverá ser avisada imediatamente a enfermeira (o) da unidade solicitante, relatando o motivo da falta do sangue, para o conhecimento da equipe médica assistencial.

8. RECOMENDAÇÕES

- 8.1. Preencher corretamente em duas vias o Formulário de solicitação de transfusão do HUPAA, especificando a identificação do paciente, registro, local de internamento, o tipo e a data do procedimento cirúrgico, hemocomponente e a quantidade de unidades a serem reservadas, assim como, os dados clínicos e laboratoriais dos mesmos;
- 8.2. Preencher e assinar corretamente em duas vias o Termo de consentimento para transfusão de hemocomponentes, esclarecendo todos os dados aos pacientes e/ou responsáveis;
- 8.3. Em casos de erros no preenchimento dos formulários, os mesmos deverão ser retornados imediatamente a Unidade solicitante, para as devidas correções;
- 8.4. O Protocolo de reserva deverá ser criteriosamente seguido pela equipe médica e técnica da UHH;
- 8.5. Em casos excepcionais, de acordo com as características individuais de risco cirúrgico e patologia de base de cada paciente, o número de unidades reservadas poderá ser alterado pelo médico hemoterapeuta da Unidade Transfusional ou equipe médica solicitante, havendo consenso prévio de ambos os profissionais médicos envolvidos;
- 8.6. Em casos de reserva de Concentrado de **Plaquetas randômicas ou por Aférese**, as solicitações de reserva deverão ser encaminhadas com o mínimo de 10 dias de antecedência para o procedimento cirúrgico, para agendamento de coleta do hemocomponente, evitando a falta do mesmo e cancelamento da cirurgia;
- 8.7. O fluxograma de reserva não se aplica para os casos de procedimentos de URGÊNCIA, devendo cada caso ser avaliado individualmente pelos profissionais envolvidos.

9. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE (EVENTO ADVERSO)

- 9.1. Em caso de necessidade de suspensão do procedimento cirúrgico pela equipe médica assistencial, pelo não cumprimento do protocolo de reserva, deverá ser preenchido o formulário de não conformidade da UHH e o caso deverá ser levado a chefia da unidade solicitante e apreciação pelo comitê Transfusional do HUPAA, para a tomada de decisões e correção do ERRO, evitando possíveis danos aos pacientes e perda de insumos pela Unidade.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 12/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

10. ANEXOS

Anexo 1 – Formulário de Aviso de Cirurgia

			Ministério da Educação	
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES				
Aviso de Cirurgia				
Nome: <input type="text"/>				
Código do Paciente: <input type="text"/>		Sexo: Escolher um item.		
Idade: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>			
Clínica: Escolher um item.		Enfermaria: <input type="text"/>	Leito: <input type="text"/>	
Diagnóstico (Hipótese): <input type="text"/>				
Natureza do agendamento: Escolher um item.				
Cirurgia: <input type="text"/>		Código: <input type="text"/>		
Especialidade: <input type="text"/>		Origem do Paciente: Escolher um item.		
Data da Cirurgia: 31/08/2021		Hora: <input type="text"/>		
Contaminada: Escolher um item.				
Cirurgião: <input type="text"/>				
Assinatura: _____				
Tipo de Anestesia: <input type="text"/>				
Vaga de UTI: Escolher um item.				
Congelação: Escolher um item.				
Material Específico				
<input type="checkbox"/> Arco/RX	<input type="checkbox"/> Bisturi:ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/> Aparelho de USG	
<input type="checkbox"/> Sangue Quantidade: 00		Outros: <input type="text"/>		
OPME: _____				
Recebido por: _____				
Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h				
Av. Lourival Melo Mota, SN Cidade Universitária CEP: 57072-900 Maceió-AL Telefone: (82) 3202 3800				

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 13/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

11. APÊNDICE

Apêndice 1 – Formulário de Solicitação de Hemocomponentes

Tipo do Documento	FORMULÁRIO		
Título do Documento	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	Emissão: 14/09/2020	Próxima revisão:
		Versão: 2	

PREENCHER EM DUAS VIAS

NOME DO PACIENTE:				REGISTRO:	
DATA NASC:		SEXO: Escolher um item.		PESO:	
				CLÍNICA/LEITO:	
DADOS LABORATORIAS Ht:		Hb:		PLAQ.:	
				TAP:	
				TTPa:	
				Fibrinogênio:	
DIAGNÓSTICO:				INDICAÇÃO:	
GESTAÇÃO ANTERIOR: Escolher um item.					
TRANSFUSÕES ANTERIORES: Escolher um item.	<input type="checkbox"/> Conc. de Hemácias	<input type="checkbox"/> Conc. De plaquetas por aférese			
	<input type="checkbox"/> Plasma fresco	<input type="checkbox"/> Conc. De plaquetas randômicas			
	<input type="checkbox"/> Outras:				
REAÇÕES TRANSFUSÕES ANTERIORES: Escolher um item.	<input type="checkbox"/> Reação hemolítica aguda	<input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica			
	<input type="checkbox"/> Reação febril não hemolítica	<input type="checkbox"/> Reação anafilática			
	<input type="checkbox"/> Reação urticariforme	<input type="checkbox"/> TRALI			
	<input type="checkbox"/> Outras:				

TRANSFUSÃO – HEMOCOMPONENTE

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

TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA / DIA: _____ NÃO URGENTE (REALIZAR DENTRO DAS 24 HORAS) URGENTE (PRAZO 3H)
 EXTREMA URGÊNCIA (IMEDIATAMENTE – OBRIGATÓRIO ASSINATURA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE)
 JUSTIFICATIVA:

Assinatura e carimbo do Médico Solicitante _____ Maceió, ____ de ____ de 20____.

TERMO DE RESPONSABILIDADE – TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o (a) paciente em questão por **NÃO** serem realizados os testes imunohematológicos 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

TRIAGEM DO PACIENTE: TIPAGEM ABO: _____ FATOR Rh: _____ PAI _____

DADOS DO HEMOCOMPONENTE

NÚMERO DA BOLSA	TIPAGEM ABO / FATOR Rh	VOLUME DO HEMOCOMP	HORA DA ENTREGA:

PROVA CRUZADA: () COMPATÍVEL () INCOMPATÍVEL

Assinatura e carimbo do Técnico Responsável _____ Maceió, ____ de ____ de 20____.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 15/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

12. REFERÊNCIAS

BAKER, L., et al. Intraoperative red blood cell transfusion decision-making: a systematic review of guidelines. **Ann Surg**, v. 274, n. 1, p. 86-96, 2021

BISBE, E., et al Maturity Assessment model for Patient Blood Management to assist hospitals in improving patients' safety and outcomes. The MAPBM project. **Blood Transfus**, v. 19, n. 3, p. 205-215, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2ª ed. Brasília, 2014.

CHAU, M., et al. Development and feasibility of a Patient Blood Management implementation programme in vascular surgery. **Vascular Medicine**, v. 25, n. 1, p. 41-46, 2020.

Consenso Da Associação Brasileira De Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular sobre Patient Blood Management. **ABHH**, 2023. Disponível em: <<https://www.abhh.org.br/wp-content/uploads/2024/01/consenso-abhh-pbm.pdf>>. Acesso em: 9 feb. 2024b.

KIETAIBL, S., et. al. Management of severe peri-operative bleeding: Guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care: Second update 2022. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 40, n. 4, p. 226-304, 2023. Mun

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	12/05/2020	Cinthy Pereira Leite Costa de Araújo Luciana de Andrade Pereira	Estabelece Protocolo de Recomendação para reserva de concentrado de hemácias e plaquetas em cirurgias eletivas no HUPAA.
2	05/04/2024	Cinthy Pereira Leite Costa Layla Florêncio Carvalho Andréa Régia Coutinho da Silva	Atualização dos critérios de solicitação de reservas cirúrgicas, juntamente com as equipes de anestesia e cirurgia geral. Inclusão das reservas de concentrado de hemácias para as cirurgias pediátricas.



Typo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UHH.HEMOT.009 – Página 16/16	
Título do Documento	RECOMENDAÇÃO PARA RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E PLAQUETAS EM CIRURGIAS ELETIVAS	Emissão: 27/05/2024	Próxima revisão: 27/05/2026
		Versão: 2	

<p>Elaboração:</p> <p>Cinthy Pereira Leita Costa de Araújo Médica / Unidade de Hematologia e Hemoterapia</p> <p>Andréa Régia Coutinho da Silva Médica / Unidade de Hematologia e Hemoterapia</p> <p>Layla Florêncio Carvalho Médica Residente R3 de Anestesia do HUPAA/UFAL/EBSERH</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p>
<p>Análise:</p> <p>Luciana de Andrade Pereira Chefe da Unidade de Hematologia e Hemoterapia/HUPAA</p>	<p>Data: ____/____/____</p>
<p>Validação:</p> <p>Maria Raquel dos Santos Anjos Guimarães Médica/ Unidade de Vigilância em Saúde - Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde</p> <p>Setor de Gestão da Qualidade</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>Data: ____/____/____</p>
<p>Aprovação:</p> <p>José Cardoso Calvacante Júnior Divisão da Gestão do Cuidado</p>	<p>Data: ____/____/____</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte