

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 1/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

1. OBJETIVO(S)

Possibilitar as Boas práticas no processo de transfusão dos hemocomponentes.

2. MATERIAL

- Solicitação e Prescrição médica;
- Concentrado de Hemácias;
- Plasma Fresco Congelado;
- Concentrado de Plaquetas;
- Crioprecipitado;
- Equipo específico;
- Termo de Consentimento;
- Ficha de Controle Transfusional.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Orientações Pré-Transfusional

- O médico solicitará o hemocomponente em impresso próprio (ANEXO 1) com preenchimento completo e assinado, além de inserir na prescrição médica;
- Não poderão ser utilizadas etiquetas para identificação do paciente no formulário padrão;
- O impresso de solicitação do hemocomponente deverá ser preenchido em 3 vias, sendo umas vias anexas ao prontuário do paciente;
- O enfermeiro confere o preenchimento do impresso de solicitação do hemocomponente, devolve a equipe médica se estiver incompleto, e realiza o contato com agência transfusional, comunica sobre a solicitação de hemocomponente e especifica nome, leito e data de nascimento do receptor e o tipo de hemocomponente;
- O enfermeiro certifica-se que o paciente ou responsável assinou o termo de consentimento (ANEXO 2), caso contrário deverá esclarecido ao paciente e em concordância assinado o termo de consentimento para transfusão;
- O profissional da agência transfusional, ao receber a requisição, dará início ao procedimento transfusional, de acordo com o protocolo do Serviço de Hemoterapia, visto que, a certificação de prescrição e autorização de transfusão já foi realizada pela enfermagem, itens 5 e 6;
- O profissional da Hemoterapia seleciona o hemocomponente, realiza os testes da rotina imunohematológica e dirige-se ao paciente com o hemocomponente;
- O profissional da agência transfusional realizará o preenchimento prévio de todos os dados da ficha de controle transfusional (Anexo 3) como nome, data de nascimento, prontuário grupo sanguíneo, tipo de hemocomponente, volume a ser infundido, história

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 2/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023	Próxima revisão: 18/05/2025
		Versão: 2.0	

prévia transfusional e história de reação transfusional no momento.

3.2. Procedimento Intra e Após Transusão

- Apresentar-se ao enfermeiro responsável;
- Conferir os dados de identificação do paciente, a prescrição e a identificação da bolsa junto com o enfermeiro do setor (dupla checagem);
- Realizar identificação ativa: perguntando ao paciente seu nome completo (caso tenha condições de responder);
- Nos casos de inconsciente/ crianças, realizar a identificação passiva: conferir os dados do paciente que deve estar com pulseira e perguntar para familiares/acompanhante;
- Antes da instalação do hemocomponente o profissional da agência transfusional deverá aferir e registrar os sinais vitais no impresso de acompanhamento da transfusão;
- Reforçar a orientação sobre o procedimento para o paciente e acompanhante (se houver) e a necessidade de comunicação sobre qualquer alteração/reação durante a transfusão;
- Realizar acesso exclusivo para a transfusão, por meio de dispositivo intravenoso compatível com a rede venosa do paciente, identificar como banco de sangue e utilizar cobertura transparente e estéril, conforme padronizado pela instituição;
- Após reunir material: bandeja, hemocomponente, equipo descartável com filtro de 170µ capaz de reter coágulos e agregados e EPIs (Luva de procedimento, óculos de proteção, avental de manga longa);
- Observar aspectos da bolsa: bolhas gasosas, coágulos ou coloração anormal, diante destas anormalidades devolver o hemocomponente;
- Iniciar registrando o gotejo e o horário do início da transfusão;
- Após os primeiros 15 minutos, o técnico de enfermagem responsável pelo paciente deverá monitorar regularmente o paciente para a possibilidade a detecção precoce de eventuais reações adversas, se houver alguma reação adversa interromper a transfusão e comunicar o médico e o banco de sangue imediatamente, realizar o registro no campo de observação na Ficha de acompanhamento transfusional (Anexo 3);
- Conserve a etiqueta de identificação “afixada” a bolsa até o final do processo transfusional e posteriormente afixá-la ao prontuário do paciente na ficha de controle transfusional (Anexo 3);
- O técnico de enfermagem responsável pelo paciente deverá monitorar regularmente o paciente para a possibilidade a detecção precoce de eventuais reações adversas, se houver alguma reação adversa interromper a transfusão e comunicar o médico e o banco de sangue imediatamente, realizar o registro no campo de observação na Ficha de acompanhamento transfusional (Anexo 3);
- Ao finalizar a transfusão, compete ao técnico de enfermagem da unidade, aferir sinais vitais, horário do término da transfusão, a retirada da unidade e afixar a etiqueta da bolsa na ficha de controle transfusional.
- Não exceder o tempo de infusão de uma bolsa de acordo com o hemocomponente.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 3/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

Observações

- Discutir questões sobre perda do acesso venoso e o tempo de chamada a Agência Transfusional para a solução do problema.
- Não deve ser adicionado nenhum fluido ou droga ao produto hemoterápico ou à mesma linha venosa a ser transfundido.
- Não existe contraindicação absoluta à transfusão em pacientes com febre. É importante diminuir a febre antes da transfusão, por que o surgimento de febre pode ser um sinal de hemólise ou de outro tipo de reação transfusional.
- Sempre que possível, o período DIURNO deverá ser preferencial para as transfusões.

4. ESPECIFICIDADES DOS HEMOCOMPONENTES

HEMOCOMPONENTE	TEMPO DE TRANSFUSÃO	GOTEJAMENTO
Concentrado de hemácias	1-2 horas até 4 horas	10gts/min por 5 minutos 20gts/min por mais 10 minutos Até 50 gts/min restante da transfusão
Plasma Fresco	40min- 1hora até 2 horas	10 gts/min por 5 minutos 20gts/min por mais 5 minutos Até 200gts/min restante da transfusão
Concentrado de Plaquetas	30 minutos Deve passar rapidamente	10gts/min por 5 minutos 20gts/min por mais 5 minutos Até 200gts/min restante da transfusão

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 4/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

5. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº75, de 02 de maio de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 83, 03 mai. 2016. Seção 1, p. 3

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Guia para uso de Hemocomponentes. 2ª ed., 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 158. 04 de fevereiro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 629, 09 de março de 2020. Aprova e Atualiza a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar.2020

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 5/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1 – Formulário de Solicitação de Sangue e Hemocomponentes

FURG @ EBSERH		SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	
SOLICITAÇÃO DE SANGUE E COMPONENTES			
Paciente: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Registro de Internação: _____	
Unidade: _____	Leito: _____	Prontuário: _____	
Espaço reservado para fixação da etiqueta da Secretaria de Saúde com o número da bolsa transfundida			
OPÇÃO DE PROCEDIMENTO			
☐ Tipagem ABO e fator Rh ☐ Reserva para cirurgia (provável data da cirurgia: ____/____/____) ☐ Transfusão: ☐ Transfusão de urgência (Eu, _____, CRM _____, autorizo a Transfusão solicitada, somente com o resultado das provas Imunohematológicas básicas, sem aguardar o término das provas complementares, justificado pelo caráter emergencial.)			
OPÇÃO DO HEMOCOMPONENTE			
☐ Conc. de hemácia _____ unid. ☐ Plasma comum _____ unid. ☐ Conc. de plaquetas _____ unid. ☐ Plasmaférese _____ ml _____ unid.		☐ Plasma fresco congelado _____ unid. ☐ Crio precipitado _____ unid. ☐ Sangria terapêutica _____ unid. ☐ Plaquetaférese _____ ml _____ unid.	
Justificativa para transfusão: _____ _____			
Assinatura e carimbo do médico Data: ____/____/____		Assinatura do funcionário Recebido às ____ : ____ do dia ____/____/____	
Anexo 1 - POP.UGQSP.001		Página 1 de 1	

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 6/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

6.2. Anexo 2 – Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Transusão de Hemocomponentes



TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

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

Fui informado de que o HEMORIOGRANDE cumpre as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, Portaria MS nº 2712, de 12.11.2013. Dessa forma estou ciente que, apesar da seleção dos doadores e dos testes laboratoriais previstos em lei, como, hepatites B e C, HIV, Chagas, Sífilis, HTLV e moleculares para HIV, hepatites B e 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 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. Nessa ocasião, serei avaliado e acompanhado pelo médico plantonista.

Fui orientado quanto à 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 Banco de Sangue.

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

_____, _____ de _____ de _____
Local, data

Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido

Devido ao estado clínico do paciente, ou a emergência/risco 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: ____/____/____

Anexo 2 – POP.UGQSP.001

Página 1 de 1

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 7/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

6.3. Anexo 3 - Ficha de Controle Transfusional

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-Furg/EBserh)
Rua Visconde de Pinheiro, nº 102 - Centro - Rio Grande/RS

FICHA DE CONTROLE TRANSFUSIONAL

Data/Hora da Solicitação: ____/____/____ : ____:____

IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____			
Prontuário: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
História Prévia Transfusional: () Sim () Não		Quantas? _____	
História de Reação Transfusional: () Sim () Não		Tipagem Sanguínea: _____ Fator RH: _____	
CONTROLE TRANSFUSIONAL			
Data da Transusão? ____/____/____			
Dispositivo Intravenoso nº: _____		Local: _____ Data: ____/____/____	

ETIQUETA DA BOLSA	SINAIS VITAIS – BOLSA 1		
	PRÉ	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
	INTRA	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
	PÓS	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
Observações/Reações: _____			

ETIQUETA DA BOLSA	SINAIS VITAIS – BOLSA 2		
	PRÉ	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
	INTRA	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
	PÓS	Data: ____/____/____ Horário: ____:____ PA: ____ x ____ mmHg Tax: ____ ^{°C} RC: ____ bpm FR: ____ rpm	Responsável - Carimbo
Observações/Reações: _____			

Form. 002

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 8/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-Furg/EBSERH)
Rua Visconde de Paranaguá, nº 102 – Centro – Rio Grande/RS

ETIQUETA DA BOLSA		SINAIS VITAIS – BOLSA 3		
	PRÉ	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo
		PA: x mmHg	Tax: °C	
	FC: bpm	FR: rpm		
INTRA	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
PÓS	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
Observações/Reações:				

ETIQUETA DA BOLSA		SINAIS VITAIS – BOLSA 4		
	PRÉ	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo
		PA: x mmHg	Tax: °C	
	FC: bpm	FR: rpm		
INTRA	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
PÓS	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
Observações/Reações:				

ETIQUETA DA BOLSA		SINAIS VITAIS – BOLSA 5		
	PRÉ	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo
		PA: x mmHg	Tax: °C	
	FC: bpm	FR: rpm		
INTRA	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
PÓS	Data: / /	Horário: : :	Responsável - Carimbo	
	PA: x mmHg	Tax: °C		
	FC: bpm	FR: rpm		
Observações/Reações:				

Form. 022

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UGQSP.001 - Página 9/9	
Título do Documento	TERAPIA TRANSFUSIONAL	Emissão: 18/05/2023 Versão: 2.0	Próxima revisão: 18/05/2025

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1.0	15/09/2019	Elaboração do Documento
2.0	18/05/2023	Revisão e atualização do Documento.

ELABORAÇÃO	REVISÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO
Gilliárdia Ferreira de Moura, Carolina De Souza Carvalho Serpa Santos, Kelly Neuma Lopes De Almeida Gentil Schneider, Alcina Patricia De Oliveira e Vanessa Duarte Barros, Enfermeiros.	Ana Paula Vaggetti de Oliveira, Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente; Zulema Helena Ribeiro Ernandes, Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico.	Frederico Boffo, Responsável Técnico do Serviço de Hemoterapia – HEMORIOGRANDE; William Peter Rocha Ayres, Gestor do Serviço de Hemoterapia – HEMORIOGRANDE; Zulema Helena Ribeiro Ernandes, Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Ana Paula Vaggetti de Oliveira, Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente;	Sandra Crippa Brandão, Superintendente.
Data: Setembro/2019	Data: Maio/2023	Data: Junho/2023	Data: Junho/2023
Ass.:	Ass.:	Ass.:	Ass.:

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