



HEMORIO

INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
"Arthur de Siqueira Cavalcanti"

Manual de Orientações Hemoterápicas para Unidades de Saúde sem Serviço de Hemoterapia

REVISÃO 02 – ABR 2023 / 2024



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Elaboração de texto: Assessoria Hemorrede/Hemorio/Fundação Saúde/SES-RJ

Marta Peres Teixeira

Roberta Nathacha de Almeida Simões

Sonia Maria Nunes de Barros

Colaboração: Assessoria Hemorrede/Hemorio/Fundação Saúde/SES-RJ

Célia Akiko Nishio Leitão

Patricia Ferraro

Revisão Técnica: Diretor Geral do Hemorio/Fundação Saúde/SES-RJ

Luiz de Melo Amorim Filho

VERIFICADO POR: SONIA BARROS Rubrica:	APROVADO POR: LUIZ AMORIM Rubrica:	REVISÃO: 02	FOLHA N ^o . 2 / 61
---	--	----------------	----------------------------------



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Sumário

INTRODUÇÃO	4
TERMO DE COMPROMISSO PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES	5
PROMOÇÃO À DOAÇÃO DE SANGUE	6
TREINAMENTO INICIAL E CONTINUADO	7
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDÁVEIS	8
PRINCIPAIS INDICAÇÕES TRANSFUSIONAIS	9
SANGUE TOTAL (ST)	9
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	10
TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS MODIFICADO	11
SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO	14
ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE DO RECEPTOR	15
SOLICITAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO.....	20
RETIRADA E DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	20
TRANSPORTE DE AMOSTRAS E HEMOCOMPONENTES.....	21
INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS TRANSFUSÕES.....	28
PRÉ TRANSFUSIONAL.....	28
COMPONENTE ERITROCITÁRIO	29
COMPONENTES PLASMÁTICOS	32
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	33
PÓS TRANSFUSIONAL	33
CONDUTA EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL IMEDIATA.....	35
HEMOVIGILÂNCIA E RETROVIGILÂNCIA	36
COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA À TRANSFUSÃO	38
DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES E AMOSTRAS DE SANGUE/RESÍDUOS	40
REGISTROS OBRIGATÓRIOS E ARQUIVAMENTO	42
LISTA DE QUADROS	50
LISTA DE FIGURAS	50
ANEXOS.....	51



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

INTRODUÇÃO

A Hemorrede é o conjunto de Serviços de Hematologia e Hemoterapia organizados em todo o Brasil de forma hierarquizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham. No Estado do Rio de Janeiro o Hemorio é o Hemocentro Coordenador, sendo a unidade estadual de saúde pública de referência nessas especialidades, responsável por prestar assistência e apoio hematológico e hemoterápico, desenvolver atividades de ensino e pesquisa, formação de recursos humanos, controle de qualidade, assessoramento técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico à Secretaria de Estado de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados.

A Rede de Hemoterapia pública do Estado do Rio de Janeiro é constituída por 92 serviços de hemoterapia distribuídos por todo o Estado: 1 (um) Hemocentro Coordenador - HC, 4 (quatro) Hemocentros Regionais - HR, 22 (vinte e dois) Núcleos de Hemoterapia - NH, 2 (duas) Unidades de Coleta e Transfusão - UCT, 1 (uma) Unidade de Coleta - UC, 63 (sessenta e três) Agências Transfusionais - AT. Os endereços e horários dos locais de coleta públicos encontram-se no link http://www.hemorio.rj.gov.br/html/Hemorrede_mapa.htm

O presente manual tem como finalidade orientar os gestores e profissionais que atuam em Serviços de Saúde públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que não possuem serviço de hemoterapia próprio, no Estado do Rio de Janeiro, sobre o fornecimento e atendimento transfusional com qualidade à população.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TERMO DE COMPROMISSO PARA FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES

Conforme disposto no § 3º do Art. 11 da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017, toda instituição de assistência à saúde que possa, potencialmente, utilizar componentes sanguíneos deverá formalizar convênio, contrato ou termo de compromisso com um serviço de hemoterapia de referência para assistência hemoterápica.

O Hemorio, em cumprimento à Portaria de Consolidação GM/MS Nº 05/2017, Art. 272 e à Resolução - RDC MS/ANVISA Nº 34/2014, Art. 122, mantém o fornecimento de sangue e hemocomponentes aos serviços de saúde públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro por meio de Termo de Compromisso, que estabelece os requisitos para o cadastro do Serviço de Saúde, responsabilidades quanto à requisição, retirada, transporte e recebimento de hemocomponentes, testes pré - transfusionais, transfusão, hemovigilância e retrovigilância, dentre outros, visando à qualidade de produtos oferecidos e do atendimento transfusional à população.

O Termo de Compromisso para fornecimento de hemocomponentes será estabelecido mediante a manifestação formal do serviço de saúde, por meio do preenchimento e encaminhamento ao Hemorio dos documentos abaixo relacionados:

- 2 (duas) vias do Termo de Compromisso.
- Ficha de Cadastro do Serviço de Saúde.
- Ficha de Cadastro do Captador da Promoção à Doação de Sangue.
- Cópia de comprovante do vínculo com o SUS, em caso de Serviço de Saúde conveniado.

Após assinatura do representante do Hemorio, a segunda via do Termo de Compromisso deverá ser retirada por portador, devidamente identificado, na Sala 811, 8º andar – Hemorio.

No ANEXO 1 observa-se esquematicamente por meio do Fluxograma, o fornecimento de hemocomponentes pelo Hemorio para serviço de saúde sem Serviço de Hemoterapia próprio.

Mais informações disponíveis no site www.hemorio.rj.gov.br ou pelo e-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

PROMOÇÃO À DOAÇÃO DE SANGUE

Considerando-se dados de coleta de sangue publicados no 7º Boletim de Produção Hemoterápica (ANVISA, 2018), obtém-se uma taxa de doadores de sangue no país de 16,1 doadores/1000 habitantes, ou seja, 1,6% da população brasileira, adotando-se para o cálculo o quantitativo estimado da população brasileira de 209.819.403 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2018).

O índice da população que doa sangue no Estado do Rio de Janeiro foi de 1,8% (Hemoprod, 2019), enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que para manter os estoques regulares é necessário que 1% a 5% da população tenha essa atitude regularmente (OPAS, 2010), variando de acordo com a complexidade do sistema de saúde em cada região.

Assim sendo, faz-se necessário empenhar esforços na promoção à doação e uso racional do sangue, visando alcançar a meta de 3% da população doadora, a fim de atender à demanda transfusional atual, considerando a complexidade da medicina no Estado do Rio de Janeiro.

Os serviços de saúde que realizam transfusão de hemocomponentes devem manter um programa de captação de doadores voluntários de sangue, com recursos humanos capacitados para desenvolver as atividades, como: assistentes sociais, enfermeiros, médicos, educadores, jornalistas, profissionais de marketing ou outros profissionais que promovam a sensibilização para a doação de sangue entre profissionais de saúde e na comunidade. Mais informações podem ser consultadas no link: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_promocao_doacao_voluntaria_sangue.pdf

A doação de sangue deve ser voluntária, anônima, de natureza altruísta e não remunerada, constituindo assim um ato de solidariedade e compromisso social, sendo proibida a exigência de comprovantes de doação de sangue para a obtenção de acesso aos serviços de saúde públicos.

Ao formalizar o termo de compromisso para o fornecimento de hemocomponentes junto ao Hemorio, o serviço de saúde indicará um profissional responsável pela promoção à doação de sangue e disponibilizará os endereços dos postos de coleta de sangue da rede pública, bem como as condições básicas para doação.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

RECURSOS HUMANOS

Os serviços de saúde que realizam transfusão de sangue e hemocomponentes devem dispor de profissionais habilitados e capacitados para a realização das atividades, de forma a garantir a eficiência e a segurança transfusional. A equipe multiprofissional será composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, captador de doadores de sangue e profissionais administrativos.

As unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto no âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, devem contar com um quadro de pessoal de enfermagem qualificado e em quantidade que permita atender à demanda de atenção e aos requisitos da Norma técnica para atuação dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em Hemoterapia, sendo vedado aos auxiliares de enfermagem (COFEN Nº 629, 2020).

TREINAMENTO INICIAL E CONTINUADO

Todos os profissionais que exerçam atividades relacionadas à hemoterapia devem participar de programa de capacitação, que contemple treinamentos iniciais e continuados nas atividades desenvolvidas, noções sobre medicina transfusional, incluindo hemovigilância e retrovigilância, além das instruções de biossegurança.

Os registros de treinamentos devem conter data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos profissionais participantes.

O Hemocentro Coordenador do Estado do Rio de Janeiro – Hemorio, tendo dentre suas atribuições o aprimoramento, a atualização e a qualificação de gestores, profissionais de saúde e estudantes, disponibiliza programação permanente de atividades de treinamento e desenvolvimento em hematologia, hemoterapia e em áreas relacionadas às práticas de gestão em saúde.

O Hemorio dispõe de médico especializado para orientar os serviços de saúde sobre condutas hemoterápicas, sempre que necessário.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDÁVEIS

O serviço de saúde deve dispor de planos, programas, procedimentos e/ou rotinas técnicas escritas e atualizadas regularmente, referente aos seus processos de trabalho, em local de fácil acesso a toda a equipe envolvida, para consulta sempre que necessário (Resolução - RDC MS/ANVISA Nº 63/2011, Art. 51). No Quadro 1 observam-se alguns documentos do hospital que estão diretamente relacionados as atividades hemoterápicas em um serviço de saúde.

Quadro 1 – Documentos da prática hospitalar que envolvem a assistência hemoterápica

Norma para elaboração e gerenciamento de documentos
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS
Plano de Segurança do Paciente
Programa de Capacitação e Treinamento
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO
Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA
Registro e Notificação de Acidente de Trabalho
Programa de Biossegurança

Fonte: Resolução - RDC MS/ ANVISA Nº 36/2013, Resolução - RDC MS/ANVISA Nº 63/2011, Resolução - RDC MS/ANVISA Nº 34/2014, Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017, Anexo IV.

Todo serviço de saúde que realiza transfusão de hemocomponentes deve possuir procedimentos que descrevam de forma clara e objetiva as condutas a serem seguidas com definição das responsabilidades para cada profissional envolvido. O Quadro 2 apresenta a lista dos principais documentos para as atividades hemoterápicas em serviço de saúde sem serviço de hemoterapia, conforme preconizado nos regulamentos técnicos e sanitários vigentes.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quadro 2 – Documentos para a rotina hemoterápica

Captação de doadores
Indicações e uso de componentes sanguíneos
Limpeza de caixa térmica e equipamentos relacionados a assistência hemoterápica
Transporte e conservação de hemocomponentes
Requisição de transfusão de hemocomponentes
Coleta e identificação de amostra de sangue do receptor
Instalação de hemocomponentes, acompanhamento e registros transfusionais
Reações Transfusionais
Hemovigilância e Notificação de Eventos Adversos
Retrovigilância
Descarte de resíduos biológicos incluindo bolsas de hemocomponentes

Fonte: Resolução - RDC MS/ANVISA Nº 34/2014, Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017, Anexo IV.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES TRANSFUSIONAIS

A transfusão sanguínea NÃO é um procedimento isento de riscos, e é de responsabilidade médica, devendo ser realizada somente quando houver respaldo clínico e científico que a justifique, avaliando-se o risco/benefício do ato transfusional.

Desvios protocolares ou situações que não constem na padronização do hospital, deverão ser discutidos individualmente para a sua aprovação.

A seguir as principais indicações por tipo de hemocomponentes:

SANGUE TOTAL (ST)

É o sangue coletado sem nenhuma modificação ou processamento, utilizando um sistema de bolsas plásticas, estéreis, apirogênicas e com solução anticoagulante-preservante. O sangue total mantém suas propriedades por um período de tempo limitado. Atualmente existem poucas indicações de transfusão de sangue total. Há uma indicação que começa a ser muito discutida para o uso de sangue total, que é o trauma. O concentrado de hemácias supre de forma eficaz a reposição de hemácias.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)

Eritrócitos que permanecem na bolsa depois que esta é centrifugada e o plasma extraído para uma bolsa-satélite.

OBJETIVO: Restabelecer a capacidade de transporte de oxigênio em pacientes anêmicos.

INDICAÇÕES:

HEMORRAGIAS AGUDAS

– Perda sanguínea estimada superior a 25 a 30% da volemia, mesmo sem queda imediata dos níveis de hemoglobina e/ou superior a 10 ml/Kg/hora.

ANEMIA NORMOVOLÊMICA

CRITÉRIOS HEMATIMÉTRICOS:

1- Ht<20% e/ou Hb<6,0g/dL, mesmo sem sinais de hipóxia, exceto em pacientes portadores de doença falciforme, quando a avaliação é sempre caso a caso.

2 - Ht<27% e/ou Hb<9g/dL em pacientes com:

- Cardiopatia.
- Arteriosclerose cardiovascular com ou sem angina.
- Doença pulmonar aguda ou crônica, com $pO_2 < 80$ mmHg.
- Isquemia tecidual aguda.
- Idade superior a 70 anos.

Observação: Em paciente com anemia de doença crônica, somente quando houver descompensação.

NO PERI-OPERATÓRIO

- Transfundir no pré-operatório segundo os critérios pré-fixados pela direção médica e/ou comitê transfusional, quando houver.
- A transfusão durante a cirurgia é sempre uma decisão do anestesista em função da situação clínica e/ou dos dados laboratoriais do paciente.

Observação: Para a transfusão no pós-operatório devem ser seguidos os mesmos critérios dos pacientes clínicos.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TRANSFUSÃO EM TERAPIA INTENSIVA

- Para paciente com anemia normovolêmica transfundir sempre que a hemoglobina estiver abaixo de 7 g/dL, exceto se o paciente for cardiopata, broncopata ou se tiver mais de 70 anos, quando os gatilhos são de 9 g/dL.

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS MODIFICADO

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADO

- Deficiência Seletiva de IgA.
- História de reação alérgica grave ou reação anafilática em transfusão anterior.
- História de reação alérgica moderada ou leve mesmo com o uso pré-transfusional preventivo de antialérgicos.

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADO POR FILTRAÇÃO

- Paciente com história prévia de reação febril não hemolítica.

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO

- Imunodeficiências congênitas do tipo celular.
- Transfusão intrauterina.
- Anemia aplástica grave em uso de globulina antitímocítica (ATG).
- Transfusão de componentes obtidos de parentes de primeiro grau.
- Transfusão de componentes antígeno leucocitário humano (HLA) compatíveis.
- Pacientes submetidos a transplante de medula óssea (TMO) autólogo ou alogênico.
- Paciente em uso de medicação quimioterápica.
- Doença de Hodgkin.
- Prematuros com peso inferior a 1200g.

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FENOTIPADO

- Paciente aloimunizado.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)

Plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação ou obtido por aférese, congelado completamente em até 8 horas.

OBJETIVO: Corrigir deficiências múltiplas ou isoladas de fatores de coagulação.

INDICAÇÕES: As indicações para o uso do plasma fresco congelado são restritas e correlacionadas à sua propriedade de conter as proteínas da coagulação. O componente deve ser usado, portanto, no tratamento de pacientes com distúrbio da coagulação, particularmente naqueles em que há deficiência de múltiplos fatores e apenas quando não estiverem disponíveis produtos com concentrados estáveis de fatores de coagulação e menor risco de contaminação viral.

- Reposição de fatores de coagulação em deficiências com manifestação hemorrágica (insuficiência hepática, coagulação intravascular disseminada, transfusão maciça).
- Nas dificuldades de se obter fatores de coagulação sanguíneos purificados para reposição (Fatores VII, IX e XI).
- Hemorragias por intoxicação por anticoagulantes cumarínicos, se não houver disponibilidade de complexo protrombínico.
- Púrpura trombocitopênica trombótica.
- Preparo de cirurgias em pacientes com alterações significativas no coagulograma.

TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO (CRIO)

Fração de plasma insolúvel em frio, obtida a partir do plasma fresco congelado, contendo glicoproteínas de alto peso molecular, principalmente fator VIII, fator de von Willebrand, fator XIII e fibrinogênio.

INDICAÇÕES:

- Reposição em paciente com coagulação intravascular disseminada (CIVD) e hipofibrinogenemia (fibrinogênio < 150 a 200 mg/dL).

DOSE: 1 unidade para cada 10 Kg 1 a 2 vezes ao dia, conforme necessidade clínica.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)

Suspensão de plaquetas em plasma, preparado mediante dupla centrifugação de uma unidade de sangue total ou por aférese de doador único.

OBJETIVOS: Correção imediata da plaquetopenia, em determinadas situações clínicas. Essenciais para hemostasia, prevenindo ou cessando um sangramento ativo.

INDICAÇÕES:

PROFILÁTICA

Para paciente que será submetido a cirurgia ortopédica ou outro procedimento cirúrgico e possui contagem de plaquetas inferior a 50.000/ μ L.

Para paciente internado cuja contagem plaquetária seja:

- $< 10.000/\text{mm}^3$, mesmo sem fatores de risco.
- Contagem plaquetária $< 20.000/\text{mm}^3$, em presença de fatores de risco tais como esplenomegalia, febre, sepse).
- Contagem plaquetária $< 30.000/\text{mm}^3$ antes de pequenos procedimentos cirúrgicos, como biópsia, intracath, coleta de líquido cefalorraquidano (LCR).
- Caso o diagnóstico do paciente seja de Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI), as transfusões profiláticas estão contraindicadas e o caso deve ser analisado individualmente.

TRANSFUSÕES TERAPÊUTICAS:

Para paciente com contagem de plaquetas inferiores a 50.000/ μ L e hemorragia graus 3 e 4 da classificação da O.M.S.

TRANSFUSÃO MACIÇA

Optar sempre pelo regime 1 + 1 + 1, isto é, 1 bolsa de CH, 1 bolsa de CP e 1 bolsa de plasma; o esquema deve ser mantido – ou seja, as transfusões devem ser repetidas – até que a causa da transfusão maciça seja controlada.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUÇÃO

A solicitação de hemocomponentes deve ser efetuada por meio do formulário padronizado pelo Hemorio - Requisição Nominal de Hemocomponentes, ANEXO 2, devidamente preenchido, constando nome, assinatura e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico autorizado a atuar no serviço de saúde solicitante. **Não serão aceitas requisições incompletas ou rasuradas.**

A requisição de hemocomponentes eritrocitários deve ser acompanhada da amostra de sangue do paciente devidamente identificada, para a realização dos testes pré-transfusionais.

A solicitação de **transusão programada ou não urgente ou reserva cirúrgica** deve ser entregue ao setor de Armazenamento, Distribuição de Hemocomponentes e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados/Hemorio (2º andar) **de 2ª a 6ª feira, de 7 às 17 horas.**

A solicitação de **hemocomponentes especiais** (desleucocitados, irradiados, lavados, fracionados e fenotipados) será atendida **mediante justificativa** no formulário de Requisição Nominal de Hemocomponentes **e contato prévio** com o médico hemoterapeuta do Hemorio, por meio do setor de Armazenamento, Distribuição de Sangue e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados.

A solicitação de **concentrado de hemácias Rh negativo, concentrado de plaquetas e/ou crioprecipitado** deverá ser efetuada por meio do formulário de Requisição Nominal de Hemocomponentes e **prévio contato com o Hemorio.**



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ORIENTAÇÕES PARA A COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE DO RECEPTOR

A amostra de sangue deve ser coletada por profissionais de saúde devidamente treinados, em tubo de tampa roxa contendo anticoagulante (EDTA), na mesma data de envio da requisição de hemocomponentes ao Hemorio.

O tubo deve ser identificado no momento da coleta, com o nome completo do receptor (sem abreviaturas), número de matrícula ou registro no serviço de saúde, data e hora da coleta e identificação do profissional que realizou a coleta da amostra, além da identificação do serviço solicitante, conforme especificações apresentadas na Figura 1. Poderá ser incluído outro identificador conforme protocolo de Segurança do Paciente do serviço de saúde (Ex.: nome da mãe, data de nascimento).

Figura 1 – Modelo de etiqueta de identificação de tubo de amostra de sangue

Instituição:	Localização (enf/ leito):
Nome completo do paciente:	Data e hora da coleta:
Registro/matricula:	
Responsável pela coleta:	

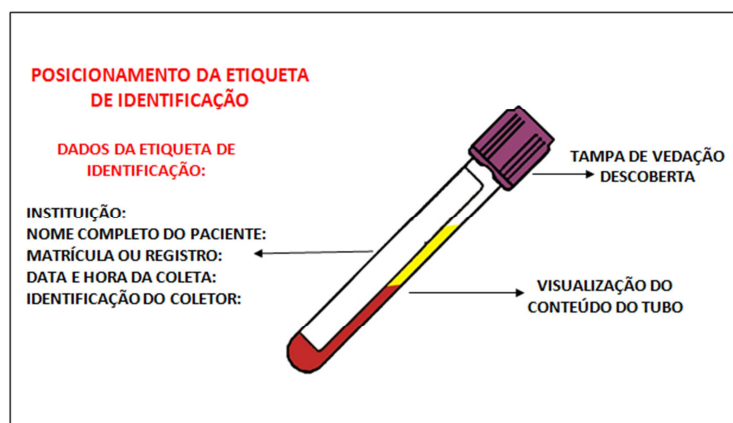
Fonte: Adaptado da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017, Anexo IV.

Em caso de utilização de etiquetas, estas devem permanecer firmemente aderidas aos tubos, permitindo a visualização do seu conteúdo, conforme observa-se na Figura 2.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Figura 2 – Posicionamento da etiqueta de identificação de tubo de amostra de sangue do receptor para realização de testes pré-transfusionais



Fonte: Adaptado da Portaria de Consolidação GM/MS N° 5/2017, Anexo IV.

A coleta e o transporte de amostra de sangue para a realização dos testes pré-transfusionais no Hemorio serão de responsabilidade do serviço de saúde solicitante, conforme termo de compromisso.

Não serão aceitas amostras cuja identificação não esteja dentro das especificações e que não tenham sido transportadas de acordo com as normas técnicas e sanitárias vigentes - Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370, de 07/05/2014, Portaria de Consolidação GM/MS N° 05, de 28/09/2017 e Resolução - RDC MS/ANVISA N° 34, de 11/06/2014.

Por medida de segurança, **as requisições e/ou amostras inadequadamente identificadas**, com divergência de identificação entre elas, **poderão ser descartadas no Hemorio**, devendo ser enviada nova amostra para a liberação dos hemocomponentes.

Seguir o **procedimento para a coleta de amostra de sangue**, caso o seu serviço não disponha de procedimento operacional padrão (POP) por escrito:

- Realizar a coleta de sangue para exames pré-transfusionais, utilizando técnica asséptica e equipamento de proteção individual (EPI) adequados conforme a rotina local/CCIH. Conferir a presença de orientações quanto ao uso de EPI em caso de precaução de contato ou tipo de isolamento.
- Confirmar, ativamente, a identificação do receptor perguntando seu nome completo, data de nascimento e número de matrícula ou registro no serviço de saúde.

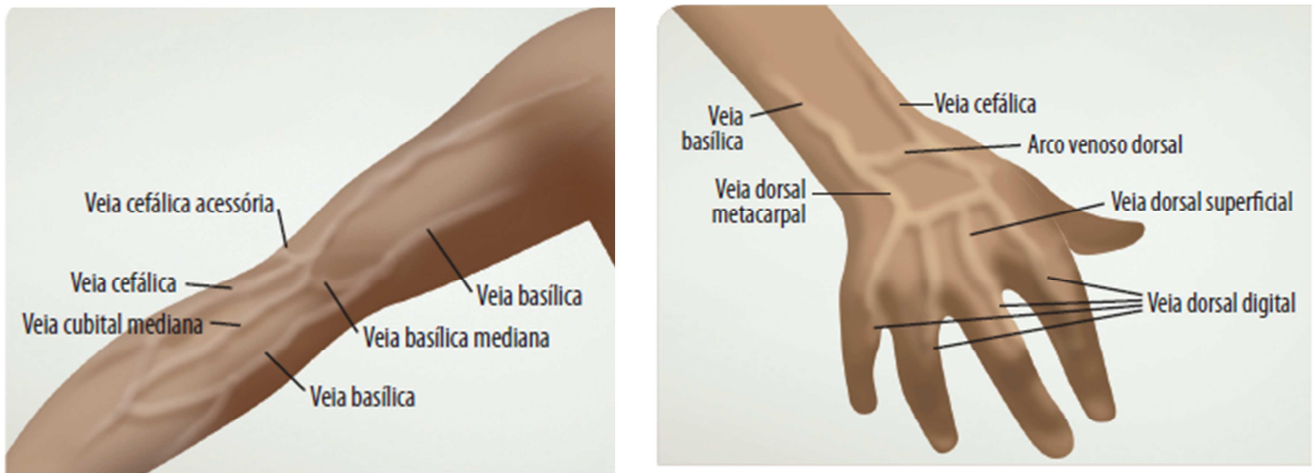


HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Checar os dados do paciente por meio da pulseira de identificação, quando houver. Caso não seja possível confirmar a identificação com o próprio paciente, verificar os dados com o acompanhante e/ou profissional da equipe de enfermagem que o assiste.
- Conferir a conformidade dos dados da requisição de hemocomponentes, com os dados do prontuário e os obtidos com o próprio paciente.
- Caso seja detectada qualquer divergência entre os dados de identificação, esta deve ser elucidada antes do procedimento de coleta.
- Informe ao paciente e/ou ao acompanhante sobre o tipo de coleta a ser realizado, relatando a sua finalidade.
- Preparar material para o procedimento.
- Higienizar as mãos com água e sabão ou com álcool gel a 70%.
- Colocar óculos de proteção individual e calçar as luvas.
- O braço do paciente deve ser posicionado em uma linha reta do ombro ao punho, de maneira que as veias fiquem mais acessíveis e o paciente o mais confortável possível. O cotovelo não deve estar dobrado e a palma da mão voltada para cima.
- Colocar o garrote e selecionar a veia que seja mais facilmente palpável, observando os critérios:
 - ✓ Não selecionar o braço ao lado de uma mastectomia ou que esteja sendo submetido à infusão intravenosa.
 - ✓ Não selecionar um local com múltiplas punções, com hematoma, edema ou contusão.
 - ✓ Evitar áreas de cicatrizes de queimaduras.
 - ✓ Diversos locais podem ser escolhidos para realizar a punção venosa, o local de preferência para a coleta do sangue é a fossa antecubital, as mais utilizadas são as veias cubital mediana e cefálica, sendo a cefálica mais propensa a hematoma e dolorosa para punção, conforme Figura 3. Em pacientes que possuem acesso venoso difícil nesta região é recomendada a punção no dorso da mão, e não recomendado puncionar as veias na parte inferior do punho; punções em região de membros inferiores só podem ser realizadas mediante a autorização médica.
 - ✓ A coleta de sangue em fístulas arteriovenosas, enxertos ou cânulas vasculares só poderá ser realizada mediante a autorização médica.

Figura 3 – Locais para acesso venoso periférico



Fonte: Coleta de sangue - Diagnóstico e monitoramento das DST, Aids e Hepatites Virais, 1997

- ✓ Utilizar o garrote (higienizável) durante a coleta de sangue para facilitar a localização das veias, tornando-as proeminentes. O garrote deve ser colocado no braço do paciente próximo ao local da punção (4 a 5 dedos ou 10 cm acima do local de punção), sendo que o fluxo arterial não poderá ser interrompido. Para tal, basta verificar a pulsação do paciente. Mesmo garroteado, o pulso deverá continuar palpável. O garrote não deve ser deixado no braço do paciente por mais de um minuto, deve-se retirar ou afrouxar o garrote.
- Poderá ser utilizada técnica para punção venosa com agulha, escalpe, jelco ou coleta a vácuo.
- Mostre ao paciente e/ou acompanhante a embalagem lacrada do material de coleta.
- Conectar a agulha na seringa, sem retirar a capa protetora e movimentar o êmbolo e pressione-o para retirar o ar.
- Faça uma antissepsia ampla do local com movimentos circulares de dentro para fora em espiral ou com movimentos em um único sentido. Utilize algodão ou gaze embebida em álcool etílico a 70% e não toque o local da punção após antissepsia. Se precisar tocar no local, repita a antissepsia.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Introduzir a agulha na veia com o bisel voltado para cima e proceder à coleta observando o volume necessário para o exame solicitado, liberar o garrote durante a coleta e solicitar ao paciente que abra a mão.
- Retirar o garrote, remover a agulha do local de punção e comprimir o local com gaze seca.
- Descartar a agulha no coletor para material perfurocortante adotando todos os cuidados de biossegurança. Utilizar agulha retrátil sempre que possível (NR-32). **NUNCA REENCAPAR A AGULHA.**
- Fazer a distribuição do sangue no tubo de EDTA (tampa roxa) e homogeneizá-lo gentilmente por inversão.
- Rotular o tubo de tampa roxa com EDTA conforme modelo da Figura 1 e posicionar a etiqueta no tubo conforme Figura 2.
- Acondicione o tubo colhido em maleta própria para o transporte até o local de destino.
- Descartar adequadamente o material utilizado.
- Retirar as luvas e desprezê-las.
- Retirar o capote descartável (quando houver a indicação de uso) e desprezê-lo.
- Higienizar as mãos com água e sabão.
- Retirar o gorro e óculos de proteção (quando houver a indicação de uso).
- Higienizar as mãos com água e sabão.
- Encaminhar a(s) requisição(ões) e o(s) tubo(s) de amostra(s) de sangue, em caso de requisição de componentes eritrocitários, ao serviço de hemoterapia fornecedor (Hemorio).
- Acondicionar o(s) tubo(s) com amostra(s) de sangue de paciente(s) em sistema de embalagem tripla conforme ilustrado na Figura 4, em caixa térmica rígida, higienizável, com termômetro de máxima e mínima e material refrigerante (ex.: gelo reciclável), devidamente identificada conforme regulamento vigente.
- Chamar o serviço de transporte próprio ou terceirizado.
- Entregar a caixa térmica contendo o(s) tubo(s) de amostra(s) de paciente(s) e a requisição nominal de hemocomponentes ao portador do serviço de transporte.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

SOLICITAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO

O estudo imuno-hematológico será realizado **mediante a disponibilidade de insumos e contato prévio do serviço de saúde com o Laboratório de Imuno-hematologia do Hemorio** pelo telefone: (21) 2332-8611 – 2332-8612 ramal: 2317. O horário para recebimento das amostras é de segunda a sexta-feira, de 8h às 12h. O recebimento de amostras fora do período estabelecido está condicionado à autorização pelo Laboratório de Imuno-hematologia.

Para a realização dos exames será necessário o envio da “Requisição de Estudo Imuno-hematológico”, devidamente preenchida, acompanhada de 2 (duas) amostras de sangue do paciente, coletadas e identificadas conforme orientações.

As informações sobre as condições de recebimento das amostras de sangue estão descritos no formulário de Requisição de Estudo Imuno-hematológico disponível no site do Hemorio pelo link http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/hemorrede/Requisicao_Estudo_Imuno_hematologico.pdf

O prazo para a emissão do laudo é de 7 (sete) dias úteis, contados a partir da data da entrega da amostra. A impressão do laudo será efetuada mediante solicitação do requisitante e a retirada deve ser realizada no setor de Armazenamento, Distribuição de Sangue e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados (2º andar do Hemorio).

RETIRADA E DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

A expedição de hemocomponentes será realizada exclusivamente para profissionais autorizados pelos serviços de saúde, portando documento de identificação oficial.

Aguardar a liberação dos hemocomponentes e acondicionamento em caixa térmica rígida, higienizável, com termômetro de máxima e mínima e material refrigerante, devidamente identificada conforme regulamentos vigentes, ilustrado na Figura 4 e 5.

O profissional responsável pela retirada deve conferir o(s) hemocomponente(s) e assinar as duas vias do documento de “Fornecimento de Sangue e Componentes”, ANEXO 3,



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

emitido pelo Hemorio. O transporte do(s) hemocomponente(s) retirado(s) deve ser acompanhado de uma via desse documento.

No ato do recebimento do(s) hemocomponente(s) no serviço de saúde, o profissional deve conferir o documento de expedição e realizar a inspeção visual do(s) hemocomponente(s). Qualquer não conformidade encontrada deve ser comunicada ao Hemorio, por escrito, no prazo de 24 horas (e-mail: expedicao@hemorio.rj.gov.br).

O(s) hemocomponente(s) não transfundido(s) deve(m) ser devolvido(s) ao Hemorio, acompanhado(s) de justificativa escrita e assinada por médico autorizado pelo serviço de saúde, em condições de conservação adequada com controle de temperatura.

TRANSPORTE DE AMOSTRAS E HEMOCOMPONENTES

O serviço de saúde solicitante será o responsável pelo transporte das amostras de sangue e dos hemocomponentes fornecidos e deverá cumprir os regulamentos técnicos e sanitários vigentes, bem como atender as seguintes exigências técnicas para conservação dos materiais biológicos e biossegurança:

- Cumprir as precauções usuais durante a manipulação de material biológico por meio de utilização de barreiras protetoras individuais (Equipamento de Proteção Individual – EPI).
- Utilizar caixas isotérmicas íntegras de poliuretano e higienizadas, com instrumento para monitoramento da temperatura de máxima e mínima, devidamente calibrado, contendo material refrigerante (Ex.: gelo reciclável) para manter a temperatura adequada de acordo com o tipo e quantidade de hemocomponente transportado.
- Utilizar caixas individuais segundo o tipo de material biológico transportado: sangue total e/ou concentrado de hemácias; concentrado de plaquetas; plasma, crioprecipitado e; amostra de sangue, conforme especificações recomendadas no Quadro 3.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quadro 3 – Especificações para transporte de amostras e hemocomponentes em caixa térmica

Condições de transporte	CH	PFC	CRIO	CP	Amostras de pacientes para testes pré-transfusionais
Temperatura de transporte	1 a 10°C	Manter estado congelado ≤ -18	Manter estado congelado ≤ -18	Temperatura próxima a do armazenamento 20°C a 24°C	2°C a 8°C
Substância resfriadora recomendada	Gelo reciclável	Gelo reciclável	Gelo reciclável	Somente em condições de alta temperatura: gelo reciclável	Gelo reciclável

Fonte: Adaptado da Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370/2014 e Portaria de Consolidação GM/MS N° 5/2017

As caixas de transporte devem ser identificadas conforme o material biológico a ser transportado, considerando a classificação de risco biológico aplicado ao transporte de acordo com a Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370, de 07/05/2014 e representadas no Quadro 4. **Não utilizar simbologia de infectante.**


- Utilizar sistema de embalagem tripla para o transporte de amostra de sangue, conforme Figura 4.
- Organizar as amostras de forma a evitar o derramamento e o impacto entre elas (estantes, divisórias ou similares), utilizar material absorvente envolvendo todos os tubos de amostras.
- Para o transporte terrestre de hemocomponentes poderá ser utilizada o sistema de embalagem dupla, conforme Figura 5.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quadro 4 – Identificação das caixas térmicas

Tipo de Material Biológico	Identificação - Caixa de Transporte
Sangue total e hemocomponentes para procedimentos de transfusão	PRODUTO BIOLÓGICO PARA TRANSFUSÃO
Amostras de pacientes com resultados reagentes, positivos, indeterminados ou inconclusivos para marcadores de agentes infecciosos ou amostras das quais se tem pouca ou nenhuma informação acerca dos resultados desses marcadores e sem avaliação do histórico e das condições clínicas para reconhecimento dos fatores de risco em questão	ESPÉCIME PARA DIAGNÓSTICO SUBSTÂNCIA BIOLÓGICA CATEGORIA B 

Fonte: Adaptado da Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370/2014

Figura 4 – Orientações para o transporte de amostras de pacientes



ATENÇÃO

TRANSPORTE

DE AMOSTRAS DE PACIENTES OU DE DOADORES DE SANGUE COM RESULTADOS REAGENTES OU POSITIVOS PARA MARCADORES DE AGENTES INFECCIOSOS

Para garantir a qualidade e a segurança, os materiais biológicos devem ser transportados e preservados em recipiente isotérmico, higienizável, impermeável, com termômetro, isolante térmico (Ex. plástico bolha), material absorvente para embalagem cobrindo os tubos de amostra de sangue e com material refrigerante suficiente para manutenção da temperatura de conservação das amostras durante o tempo de transporte conforme validação do processo.

O transporte de amostras biológicas em ambiente externo deve ser realizado em sistema de embalagens triplas:

- Interna – tubo de coleta
- Intermediária – impermeável e a prova de vazamento (saco plástico)
- Externa – caixa térmica

NÃO USAR a simbologia de risco biológico 

- Deve estar identificado: **ESPÉCIME PARA DIAGNÓSTICO**

Referência: Portaria Conjunta ANVISA/SAS n° 370, de 07 de maio de 2014

ACI - HEMORIO

Fonte: O autor



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Figura 5 – Orientações para o transporte de sangue total e hemocomponentes para procedimentos de transfusão

ATENÇÃO

TRANSPORTE

SANGUE TOTAL E
HEMOCOMPONENTES
PARA PROCEDIMENTOS
DE TRANSFUSÃO

Para garantir a qualidade e a segurança dos hemocomponentes:
Devem ser transportados e preservados em recipiente isotérmico,
higienizável, impermeável e com termômetro.

NÃO USAR a simbologia de risco biológico.

Deve estar identificado como: **PRODUTO BIOLÓGICO PARA TRANSFUSÃO.**

Referência: Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07 de maio de 2014.

Logos: Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Fundação de Hematologia e Hemoterapia de São Paulo (HEMORIO), and Logo Institucional.

Fonte: O autor

Incluir separador:
papelão ou acrílico ou
outro

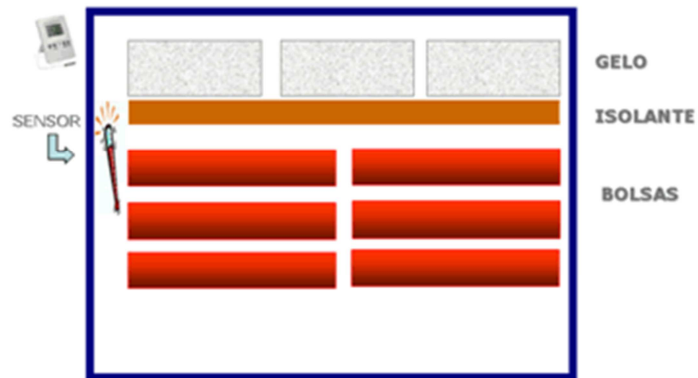


MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

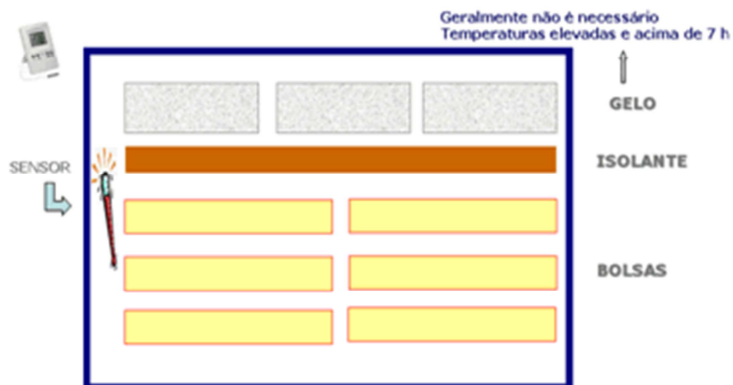
- Utilizar material isolante térmico para formar a barreira entre o gelo reciclável e os hemocomponentes eritrocitários e plaquetários, conforme Figura 6 – Representação esquemática da organização da caixa térmica para o transporte de hemocomponentes
- Verificar e registrar a temperatura da caixa de transporte dos hemocomponentes, manter os registros arquivados, tomando as ações corretivas necessárias quando a temperatura estiver fora da faixa de transporte.
- O transporte de sangue e hemocomponentes deve ser acompanhado de documentação contendo as seguintes informações: nome, endereço e telefone de contato do serviço de hemoterapia remetente e do destinatário, relação dos componentes sanguíneos enviados com os seus respectivos números de identificação; data e horário do envio e identificação do responsável pelo transporte.
- Disponibilizar treinamento periódico para a equipe de transporte sobre biossegurança, condutas a serem tomadas durante o transporte de hemocomponentes e ações para correção de desvio na temperatura.
- O processo de transporte de sangue e componentes deve ser validado quanto ao acondicionamento do material biológico, temperatura e o intervalo de tempo, conforme os requisitos estabelecidos pelas normas vigentes (Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370/2014, Resolução - RDC MS/ANVISA N° 34/2014, Portaria de Consolidação GM/MS N° 05/2017).

Figura 6 – Representação esquemática da organização da caixa térmica para o transporte de hemocomponentes

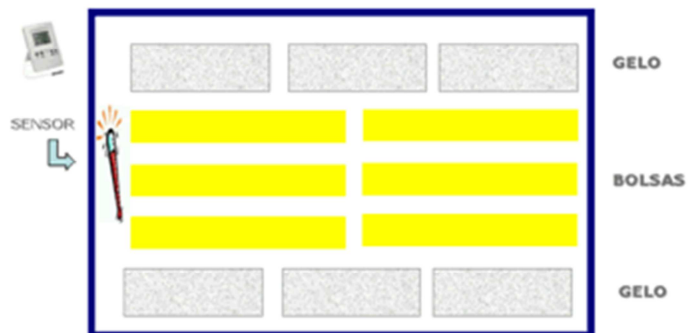
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS



CONCENTRADO DE PLAQUETAS



PLASMA E CRIOPRECIPITADO



Recobrir todas as paredes da caixa e envolver as bolsas com resfriador

Fonte: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/exp_10.htm# em 09/6/2020.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS TRANSFUSÕES

A instalação dos hemocomponentes e o acompanhamento da transfusão, bem como o atendimento imediato à reação transfusional são de responsabilidade dos profissionais médicos e de enfermagem do serviço de saúde que realizarão o procedimento transfusional.

Recomenda-se a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Transfusão de Componentes Sanguíneos, ANEXO 4, para garantir que todas as informações sobre os benefícios e riscos do procedimento, serão repassadas ao paciente e familiares, além de esclarecimento de dúvidas, e salvaguardar a instituição em possibilidades futuras de processos judiciais, principalmente, em casos de soroconversão do receptor de hemocomponentes durante o ato transfusional.

Para garantir maior segurança do ato transfusional deverão ser realizadas as etapas de identificação correta do paciente, conferência da prescrição e da bolsa do hemocomponente a ser transfundido, bem como, a verificação dos sinais vitais do paciente e respectivos registros, conforme descrito abaixo.

PRÉ TRANSFUSIONAL

- Verificar se a transfusão consta da prescrição médica. Caso não conste, contatar o médico responsável pelo paciente, que deverá fazer a prescrição.
- Ao receber a bolsa de hemocomponentes para transfusão, verificar se os dados do documento de “Fornecimento de Sangue e Componentes”, confere com o número da bolsa. Conferir sempre o nome do paciente que consta na etiqueta afixada à bolsa.
- Realizar inspeção visual dos hemocomponentes. Em caso de não conformidade, devolver ao Hemorio.
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atentando para os casos de precaução de contato ou tipo de isolamento que o paciente se encontra.
- Explicar o procedimento ao paciente e a seu acompanhante.
- Conferir os dados de identificação do paciente, observando os seguintes itens:



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- ✓ Pulseira de identificação com nome completo e matrícula ou outro identificador definido pela instituição conforme Plano de Segurança do Paciente ou Protocolo de Identificação do Paciente.
- ✓ Plano terapêutico ou prescrição médica e tratamento proposto.
- ✓ Documento de “Fornecimento de Sangue e Componentes”.
- Demonstrar ao paciente e acompanhante, quando houver, que o material a ser utilizado é estéril, de uso único e descartável.
- Mostrar ao paciente e ou acompanhante, a bolsa de hemocomponente contendo a identificação dos seus dados e da prova de compatibilidade, tais dados ficam anexados à bolsa até o término da transfusão. No caso de paciente estar inconsciente, recomendamos confirmar seus dados na pulseira de identificação e prontuário, por dois funcionários (dupla checagem).
- Administrar e checar medicamento antes da transfusão, seguindo protocolo.
- Em pacientes que não suportam o volume de uma unidade no período de quatro horas, solicitar previamente ao setor de Armazenamento, Distribuição de Sangue e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados/Hemorio que a bolsa seja fracionada em volumes menores, em sistema fechado, para que possa ser transfundida em duas ou mais etapas.

COMPONENTE ERITROCITÁRIO

Caso o paciente não possua acesso venoso puncionado, recomenda-se preferencialmente puncionar as veias do antebraço, da fossa antecubital (prega do cotovelo) e do dorso da mão. As veias dos membros inferiores não devem ser puncionadas.

- Colocar o garrote e escolher a veia a ser puncionada.
- Soltar o garrote e proceder à antissepsia local com movimentos circulares (de dentro para fora) com álcool a 70% ou unidirecional (de cima para baixo).
- Recolocar o garrote cerca de 4 dedos (10 cm) acima do local de punção, não mais tocando o local da veia a ser puncionada. Se isto precisar ser feito, realizar nova antissepsia.
- Puncionar a veia com escalpe ou jelco de acordo com o calibre da veia do paciente.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Soltar o garrote e fixar com curativo próprio.
- Manter acesso somente com soro fisiológico.

Caso o paciente já possua acesso venoso puncionado, interromper todas as medicações para a instalação da transfusão do componente eritrocitário. Se as medicações não puderem ser temporariamente interrompidas e a transfusão for de urgência absoluta, puncionar outra veia.

- Verificar e registrar no modelo de “Formulário de Acompanhamento Transfusional”, ANEXO 5, o local de acesso venoso e os sinais vitais: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e temperatura axilar (TA_x).
- Administrar o antitérmico prescrito se o paciente estiver febril (Temperatura > 37,5°C), aguardando a cessação da febre para iniciar a transfusão. Se a transfusão for uma urgência absoluta ou se o paciente não responder aos antitérmicos, a transfusão pode ser instalada apesar de o paciente estar febril. Comunicar ao médico.
- Comunicar ao médico se os demais sinais vitais (PA, FC e FR) estiverem alterados, antes de iniciar a transfusão.
- Introduzir, na beira do leito, o equipo de transfusão na bolsa do componente eritrocitário, com a roldana do equipo fechada, e a conexão (no final da linha do equipo) tampada.
- Abrir a roldana e deixar encher com sangue toda a linha do equipo. Fechar a roldana.
- Desconectar soros (exceto soro fisiológico) e medicações da veia do paciente, tendo o cuidado de tampar o conector que estava ligado ao equipo venoso.
- Conectar o equipo de sangue ao equipo de duas vias ou multivias e este ao escalpe ou jelco ou cateter profundo. Abrir a roldana, e controlar o gotejamento, de tal modo que a velocidade de infusão seja de 16 gotas/minuto.
- Observar por 5 minutos e aumentar o gotejamento para 60 gotas/minuto, se o paciente não apresentar nenhuma reação, a menos que haja alguma recomendação médica determinando uma velocidade mais lenta de infusão.
- Transfundir o componente eritrocitário de 1 a 2 horas, não ultrapassando 4 horas.
- Suspender imediatamente a transfusão caso o paciente apresente sinais ou sintomas de reação adversa (ardência no trajeto venoso, dor lombar, dor abdominal, febre, vômito, diarreia, dispnéia, calafrios, prurido, placas avermelhadas, etc).



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Ao concluir a transfusão, destacar as duas etiquetas com código de barras que ficam na parte inferior do rótulo da bolsa. Afixar uma delas na prescrição médica do paciente, caso seja impressa e/ou no formulário de “Acompanhamento Transfusional” ou conforme a rotina estabelecida no serviço de saúde.
- Preencher todos os campos no “Acompanhamento Transfusional”. Registrar os sinais vitais do paciente imediatamente antes da transfusão, o horário de início da transfusão, condições do paciente 10 minutos após iniciada a transfusão, datar e assinar de forma legível e nº do registro no conselho profissional.
- Atentar para a compatibilidade ABO e RhD de **concentrado de hemácias (CH)** conforme Quadro 5. Em caso de urgência/emergência, é possível transfundir hemácia RhD positivo para paciente RhD negativo, com autorização médica.
- Em caso de paciente com histórico de crioaglutininas (anticorpos frios), que podem apresentar reações adversas devido à administração de hemácias frias, os hemocomponentes devem ser aquecidos previamente, **com a utilização de aquecedores próprios**. O hemocomponente deverá ser retirado da refrigeração e mantido em temperatura ambiente por 30 minutos, além de cobertores, manta térmica (se houver) para o paciente e aquecimento do ambiente.

Quadro 5 – Compatibilidade ABO/RhD para transfusão de concentrado de hemácias

ABO/RhD Receptor	Recebe bolsa de doador
O+	O- e O+
O-	O-
A+	A+, A-, O+ e O-
A-	A- e O-
B+	B+, B-, O+ e O-
B-	B- e O-
AB+	Todos os tipos
AB- (AB negativo)	Todos os tipos Rh-

Fonte: Adaptado do Guia para uso de hemocomponentes, MS, 2ª edição, 2015, pág. 33



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

COMPONENTES PLASMÁTICOS

- As unidades de **plasma fresco congelado** devem ser completamente descongeladas antes da transfusão em banho-maria de 30 a 37 graus Celsius, envoltos em saco plástico de modo a evitar contato direto com água ou em equipamento apropriado para este fim.
- Caso receba do setor de Armazenamento, Distribuição de Sangue e Procedimentos Especiais, Hemocomponentes e Hemoderivados/Hemorio os componentes plasmáticos já descongelados, utilizar em até 6 horas.
- Transfundir em 1 hora usando equipo de transfusão.
- Receber as bolsas de **crioprecipitado** já descongelados entre 30 e 37 graus Celsius, agrupados em única bolsa (pool), e infundir o mais brevemente possível.
- Transfundir os componentes imediatamente após o seu recebimento, pelo tempo de 30 minutos usando sempre equipo de transfusão.
- Instalar os componentes plasmáticos obedecendo às mesmas regras do componente eritrocitário conforme item acima, sendo a única diferença a velocidade de infusão final, que deve ser de aproximadamente 70 gotas/minuto, exceto se houver recomendação médica estabelecendo outra conduta.
- Não há necessidade da realização de provas de compatibilidade antes da transfusão de **plasma fresco congelado** (PFC) e do **crioprecipitado** (CRIO). Os componentes devem ser preferencialmente ABO compatíveis, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Compatibilidade ABO para transfusão de plasma, crioprecipitado

ABO Receptor	Recebe de
O	O, A, B e AB
A	A e AB
B	B e AB
AB	AB

Fonte: Adaptado do Guia para uso de hemocomponentes, MS, 2ª edição, 2015



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

CONCENTRADO DE PLAQUETAS

- Transfundir o **concentrado de plaquetas** com equipo de transfusão, exceto quando for utilizado filtro para desleucocitação à beira de leito.
- Instalar o concentrado de plaquetas obedecendo às mesmas regras descritas na administração de componente eritrocitário, no entanto, após o início lento da transfusão, ajustar a velocidade de gotejamento para 70 gotas/minuto, exceto quando houver recomendação médica determinando uma menor velocidade de infusão.
- Preferir transfusão de **concentrado de plaquetas (CP) ABO e Rh idênticas ao receptor.**
- Transfundir separadamente os concentrados de plaquetas caso não tenham sido expedidos em pool, no tempo de 30 min, conforme esquematizado no Quadro 7.

Quadro 7 – Tempo de infusão por tipo de hemocomponente

Hemocomponente	Tempo de infusão	Gotejamento nos primeiros 5 minutos	Aumentar gotejamento
Concentrado de Hemácias	1h a 2h e no máximo 4 h	16 gts/min	60 gts/min*
Concentrado de Plaquetas	30 minutos	lento	70 gts/min*
Plasma Fresco Congelado	1 h	lento	70 gts/min*
Crioprecipitado	30 minutos	lento	70 gts/min*
*Exceto se houver recomendação médica estabelecendo outra conduta			

Fonte: Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017

PÓS TRANSFUSIONAL

- Manter permeabilidade do acesso venoso com soro fisiológico 0,9% e o paciente em observação por 30 minutos, para detecção de possíveis reações adversas.
- Verificar e registrar sinais vitais: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura axilar.
- Desconectar o equipo da bolsa de hemocomponente do acesso venoso e descartar no recipiente de resíduo infectante.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Proceder orientações pós transfusionais ao paciente ou responsável, quando for o caso.
- Registrar na evolução ou no formulário de “Acompanhamento Transfusional” o horário, os sinais vitais e estado do paciente, ao término da transfusão.
- Caso o componente eritrocitário não seja administrado dentro do prazo máximo de 4 horas suspender a mesma e descartar a bolsa em recipiente para resíduo infectante com saco branco leitoso com símbolo de infectante.

CONDUTAS NAS REAÇÕES ADVERSAS À TRANSFUSÃO

A reação adversa à transfusão é um tipo de evento adverso relacionado ao receptor e será sinônimo de reação transfusional.

A **reação transfusional** é, toda e qualquer intercorrência que ocorra em consequência de transfusão de componentes sanguíneos, durante ou após a sua infusão.

Quanto ao tempo de aparecimento do quadro clínico ou laboratorial as reações transfusionais são classificadas como:

Imediatas - se ocorrerem durante ou até 24 horas após o início da transfusão.

Tardias - se ocorrem 24 horas após o início da transfusão, incluindo-se aí as soroconversões.

E classificadas como **imunológicas e não imunológicas** conforme Quadro 8.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Quadro 8 – Principais reações transfusionais

Classificação de reação transfusional por tipo e tempo	Imunológicas	Não Imunológicas
Imediata (durante a transfusão ou até 24 horas após o seu início)	Reação febril não hemolítica (RFNH)	Sobrecarga circulatória associada à transfusão (SC/TACO)
	Reação hemolítica aguda imune (RHAI)	Contaminação bacteriana (CB)
	Reação alérgica (leve, moderada, grave) (ALG)	Hipotensão relacionada à transfusão (HIPOT)
	Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI – <i>Transfusion Related Acute Lung Injury</i>)	Hemólise não imune aguda (RHANI)
		Distúrbios metabólicos
Embolia aérea		
Tardia (após 24 horas do início da transfusão)	Aloimunização eritrocitária (ALO/PAI)	Hemossiderose (HEMOS)
	Aloimunização HLA	Transmissão de doenças infecciosas (DT)
	Doença do enxerto-contra-hospedeiro pós-transfusional (DECH/GVHD)	
	Púrpura pós-transfusional (PTT)	
	Imunomodulação	
	Reação hemolítica imune diferida	

Fonte: Guia para uso de hemocomponentes, MS, 2ª edição, 2015, páginas 111 e 112

CONDUTA EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL IMEDIATA

- Interromper imediatamente a transfusão caso o paciente apresente sinais ou sintomas de reação adversa (dor ou ardência no trajeto venoso do local da infusão, dor lombar, dor abdominal, dor torácica, febre, calafrios, náuseas, vômito, diarreia, dispneia, taquipneia, hipóxia, sibilos, prurido, placas avermelhadas, edema localizado ou generalizado, hipertensão ou hipotensão arterial, alteração da coloração da urina e etc.).
- Manter o acesso venoso com soro fisiológico a 0,9%.
- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e ao médico responsável ou ao médico mais próximo.
- Verificar e registrar os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar).
- Verificar todos os registros, formulários e identificação do receptor, conferir a bolsa instalada no paciente.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Manter equipo e a bolsa caso sejam indicados exames laboratoriais. Em caso de reações hemolíticas, TRALI, anafilaxia ou sepse, coletar amostra pós transfusional e encaminhar juntamente com o equipo e bolsa protegidos para evitar contaminação para o laboratório, se houver indicação médica.
- Realizar os registros necessários e assegurar tratamento dos agravos conforme orientações em protocolo ou procedimento operacional padrão do serviço.
- Utilizar o modelo de “Ficha de Notificação de Eventos Adversos”, ANEXO 6.
- Informar ao Hemorio qualquer reação transfusional ocorrida.

HEMOVIGILÂNCIA E RETROVIGILÂNCIA

Conforme disposto na Resolução – RDC MS/ANVISA Nº34/2014, Art. 146 a 148, a investigação de eventos adversos à transfusão de hemocomponentes, bem como a manutenção de registros de todas as informações, conduta, tratamento e notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) devem ser realizadas pelo serviço de saúde onde ocorreu a transfusão.

O serviço de saúde deve monitorar a prática hemoterápica, visando à identificação de riscos à segurança dos pacientes, com ações para prevenção da ocorrência ou recorrência de eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e hemocomponentes, promovendo assim a melhoria da qualidade dos processos e o aumento da segurança transfusional.

Os serviços de saúde que não possuem serviço de hemoterapia devem participar das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituir Comitê Transfusional próprio.

Recomenda-se que as ações de Hemovigilância incluam a revisão de todos os registros de suspeitas de reação transfusional e realização de busca ativa de reações adversas (checagem da evolução da transfusão, monitoramento dos sinais vitais durante o ato transfusional, entre outros) conforme Formulário de Busca Ativa, ANEXO 7.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

As ações de Hemovigilância incluem, ainda, a capacitação dos profissionais na detecção de sinais e sintomas sugestivos de reações transfusionais imediatas e/ou tardias; no tratamento, investigação, conclusão e notificação das reações adversas à transfusão.

A detecção de testes (marcadores sorológicos) reagentes/positivos em receptores de transfusão deve seguir o fluxo de investigação, estabelecido pelo serviço de saúde, incluindo comunicação ao serviço de hemoterapia produtor para identificação e investigação de soroconversão de doadores dos hemocomponentes suspeitos e ações para análise da possibilidade de transmissão por transfusão.

Em processos de retrovigilância desencadeados pelo Hemorio, o serviço de saúde deverá realizar a investigação, o acompanhamento e a comunicação de resultados de receptores envolvidos, bem como a notificação à Vigilância em Saúde local.

O acompanhamento do receptor consiste na localização do paciente, convocação para comparecimento ao serviço de saúde, realização de testes para confirmar ou descartar a possibilidade de transmissão, encaminhamentos a serviços de referência para acompanhamento clínico, notificação do caso ou da suspeita à vigilância sanitária e epidemiológica e retorno dos resultados dos testes ao serviço produtor (Hemorio).



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

COMUNICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA À TRANSFUSÃO

O Sistema Nacional de Hemovigilância adota classificação das reações adversas de acordo com as categorias de correlação do quadro clínico/laboratorial e o vínculo temporal com a transfusão, conforme descrito no Quadro 9.

Quadro 9 – Classificação das reações adversas quanto à correlação com transfusão

Confirmada	Quando a investigação concluiu que há evidências claras (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal), sem qualquer dúvida acerca da correlação com a transfusão.
Provável	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam a correlação com a transfusão, mas há dúvidas para sua confirmação.
Possível	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial/ evolução e vínculo temporal) que indicam a correlação dos sinais e sintomas a outras causas, mas a correlação com a transfusão não pode ser descartada.
Improvável	Quando a investigação já concluída, ou ainda em curso, apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam a correlação do evento adverso a outra(s) causa(s), mas há dúvidas para a sua exclusão.
Descartada	Quando a investigação já concluída apresenta evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) que indicam claramente a correlação do evento adverso a outra(s) causa(s) e não à transfusão.
Inconclusiva	Quando a investigação já concluída não encontrou evidências (quadro clínico/laboratorial, vínculo temporal) suficientes para confirmar ou descartar a correlação com a transfusão.

Fonte: Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Revisão do (“Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância. Guia para Hemovigilância no Brasil”), Brasília, 2022.

A ocorrência de reações adversas à transfusão de sangue e componentes deve ser **comunicada** ao serviço produtor (Hemorio) e à Vigilância Sanitária Estadual, por e-mail, telefone ou ofício pelo Sistema Eletrônico de Informações – SEI. Essa comunicação está condicionada ao diagnóstico da reação transfusional e à sua gravidade, conforme o Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Revisão do (“Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância. Guia para Hemovigilância no Brasil”), Brasília, 2022.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Os casos suspeitos de reação por contaminação microbiana, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) ou soroconversão de receptor devem ser comunicados imediatamente ao Hemorio, para rastreamento dos prováveis doadores envolvidos e dos demais componentes sanguíneos porventura produzidos.

As reações adversas à transfusão de correlação confirmada, provável, possível, improvável e inconclusiva devem ser **notificadas** ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do sistema NOTIVISA. A reação transfusional descartada será notificada quando após a conclusão da investigação, a correlação com a transfusão foi excluída.

A Vigilância Sanitária Estadual e a Vigilância Epidemiológica devem ser notificadas dos casos confirmados de doenças com a transfusão sanguínea como fonte possível. As notificações devem ser realizadas por meio dos respectivos sistemas de notificação – SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e NOTIVISA.

Quadro 10 – Prazos recomendados para comunicação e notificação da reação transfusional

AÇÕES	COMUNICAR		NOTIFICAR	
O que	Contaminação bacteriana. Transmissão de doença infecciosa. Lesão pulmonar aguda relacionada a transfusão. Reação hemolítica aguda imunológica. Óbito atribuído à transfusão, relacionado com qualquer tipo de reação transfusional.	Óbito atribuído a qualquer reação adversa à transfusão.	Contaminação bacteriana. Transmissão de doença infecciosa. Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão. Reação hemolítica aguda imunológica. Reação hemolítica aguda não imune.	Doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional. Hemossiderose com comprometimento de órgãos. Sobrecarga circulatória associada à transfusão. Reação febril não hemolítica. Reação alérgica. Reação hipotensiva relacionada à transfusão. Dispnéia associada à transfusão. Reação hemolítica tardia. Aloimunização/aparecimento de anticorpos irregulares. Púrpura pós transfusional. Dor aguda relacionada à transfusão. Distúrbios metabólicos.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

				Outra reação transfusional imediata. Outra reação tardia.
A quem	À Vigilância Sanitária estadual e ao serviço de hemoterapia produtor.	SNVS	SNVS	SNVS
Quando	Dentro das primeiras 72 horas. *imediatamente ao serviço de hemoterapia produtor.	Dentro das primeiras 72 horas.	Até o 15º dia útil do mês subsequente à identificação do evento.	Até o 15º dia útil do mês subsequente à identificação do evento.
Como	Fax, telefone, meio eletrônico.	Em ficha específica do NOTIVISA.	Em ficha específica do NOTIVISA.	Em ficha específica do NOTIVISA.

Fonte: Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Revisão do (“Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância. Guia para Hemovigilância no Brasil”), Brasília, 2022. pág. 33

DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES E AMOSTRAS DE SANGUE/RESÍDUOS

De acordo com a Resolução - RDC Nº 222/2018, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), definem-se como geradores de RSS todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar. Desta forma, todo serviço de saúde que realiza transfusão de hemocomponentes deverá atender aos requisitos deste regulamento e manter as orientações previamente definidas no PGRSS e este deverá ser periodicamente avaliado pelo profissional responsável pela gerência de resíduos para atender aos regulamentos vigentes.

Resíduos do GRUPO A (Risco Biológico)

Subgrupo A₁ - Bolsas contendo sangue para descarte por má conservação, prazo de validade vencido ou sistema aberto, resíduos de amostras de laboratório contendo sangue ou soro:

- Acondicionar em saco vermelho com símbolo universal de substância infectante, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificado como tal.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

- Caso o tratamento seja realizado fora da unidade geradora, essas bolsas devem ser acondicionadas em sacos vermelhos e transportadas em recipiente rígido, impermeável, resistente à punctura, ruptura, vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e identificado.
- Caso tratamento seja realizado na unidade geradora, essas bolsas devem ser autoclavadas para desestruturação das características físicas das bolsas e acondicionadas em saco branco leitoso com símbolo infectante.

Subgrupo A₄ - filtros para hemocomponentes, sobras de amostras de laboratório e seus recipientes, bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transusão.

- Acondicionar em saco branco leitoso com símbolo universal de substância infectante, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificado como tal.

Resíduos comuns (GRUPO D)

- Devem ser acondicionados de acordo com as orientações de limpeza urbana local, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação de resíduo comum.

Resíduos perfurocortante (GRUPO E)

- Descartar separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificados.
- Desprezar as agulhas descartáveis juntamente com as seringas, sendo proibido reencapar ou proceder a sua retirada manualmente.
- Os recipientes devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.
- O fechamento dos recipientes é de responsabilidade do técnico do setor gerador dos resíduos.
- Os recipientes devem estar identificados com o símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de “PERFUROCORTANTE”.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

REGISTROS OBRIGATÓRIOS E ARQUIVAMENTO

O serviço de saúde deve registrar e documentar as atividades referentes a prescrição médica do hemocomponente, recebimento, transfusão de hemocomponentes ou devolução, incluindo a identificação dos profissionais responsáveis, a fim de garantir a rastreabilidade do processo transfusional.

Deverão ser mantidos devidamente arquivados no serviço de saúde os comprovantes de Fornecimento de Sangue e Componentes, com a relação numérica das unidades expedidas pelo Hemorio.

Em caso de devolução de hemocomponentes não transfundidos, os mesmos deverão ser encaminhados ao Hemorio com documento que descreva: o nome do serviço de saúde, número de identificação das bolsas, tipagem sanguínea de todos os hemocomponentes devolvidos e o motivo da devolução. O serviço de saúde deverá manter arquivada para comprovação uma cópia do documento de devolução.

Os registros transfusionais deverão ser mantidos no prontuário do receptor e devem conter as seguintes informações: prescrição médica e acompanhamento transfusional: data, horário de início e término, sinais vitais no início, acompanhamento dos 10 minutos iniciais da transfusão e término, origem e identificação das bolsas dos hemocomponentes transfundidos, identificação do profissional responsável e registro de reações adversas e respectivas condutas, quando for o caso.

Os registros deverão permanecer arquivados por um período mínimo de 20 anos, em local seguro, que garanta a sua integridade e rápida recuperação e disponibilidade, sempre que necessário.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

CONCEITOS

AÇÃO CORRETIVA – atividade realizada para eliminar a causa de uma não conformidade existente ou outra situação indesejável a fim de prevenir recorrência.

AÇÃO PREVENTIVA – ação tomada para reduzir o potencial de não conformidades ou outras situações indesejáveis.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro no Distrito Federal, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional. A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT) – de localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

COMITÊ TRANSFUSIONAL (CT) – comissão responsável pelo monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

DISTRIBUIÇÃO – fornecimento de sangue e componentes por um serviço de hemoterapia para estoque/armazenamento, compatibilizados ou não, para fins transfusionais ou industriais.

EVENTO ADVERSO – ocorrência adversa associada aos processos do ciclo do sangue que pode resultar em risco para a saúde do receptor ou do doador, que tenha ou não como consequência uma reação adversa.

HEMOCENTRO COORDENADOR – entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de recursos humanos, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

HEMOCOMPONENTES – produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico.

HEMODERIVADOS – produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico.

HEMOVIGILÂNCIA – conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas, para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor.

MANEJO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, identificação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde.

NÃO CONFORMIDADE – falha em atingir requisitos previamente especificados.

PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS) – documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS (PO) – documentos detalhados baseados em processos e procedimentos que refletem a prática atual da instituição e visam sua padronização, apresentados, geralmente, em módulos, além de incluírem as atividades de "Boas Práticas de Fabricação (BPF)" e as especificações necessárias.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

PROTOCOLO – conjunto de regras escritas definidas para a realização de determinado procedimento.

RASTREABILIDADE – capacidade de recuperação do histórico, por meio de registros, de um conjunto de procedimentos envolvidos em determinado processo, incluindo os agentes executores.

REAÇÃO ADVERSA – efeito ou resposta indesejada à doação ou ao uso terapêutico do sangue ou componente que ocorra durante ou após a doação e transfusão e a elas relacionadas.

REGISTRO – documento que apresenta os resultados ou a prova da realização de uma atividade.

RETROVIGILÂNCIA – parte da hemovigilância que trata da investigação retrospectiva relacionada à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou conversão/viragem de um marcador ou relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador reagente/positivo para uma doença transmissível. Termo também aplicável em casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infecciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão.

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA (SH) – todos os serviços que coletam, processam e testam o sangue de doadores e /ou distribuem sangue e ou componentes, podendo ou não realizar transfusão de sangue.

SERVIÇOS DE SAÚDE OU INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – todos os serviços relacionados ao atendimento à saúde.

SISTEMA NOTIVISA – Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária que permite a notificação *on-line* de queixas técnicas e eventos adversos relativos a produtos sob vigilância sanitária, tais como sangue e hemocomponentes, medicamentos, vacinas, equipamentos, kits para diagnósticos e saneantes, dentre outros.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Revisão do (“Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para Hemovigilância no Brasil”), Brasília, 2022.

_____. 7º Boletim Anual de Produção Hemoterápica, 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de Gerenciamento de resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.61, 29 mar. 2018. Seção 1.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA.

SEI/GSTCO/DIARE/ANVISA nº 7 de 17 de setembro de 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, DF, n. 143, 26 jul. 2013. Seção 1, p.32-33.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 10 de abril de 2014. Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 70, 11 abr. 2014. Seção 1, p. 67.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.113, 16 de jun. 2014. Seção 1, p. 50.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 370, de 07 de maio de 2014. Dispõe sobre regulamento técnico-sanitário para o transporte de sangue e componentes. Diário Oficial União, Brasília, DF, n.86, 08 mai. 2014. Seção 1, p. 47.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 1, de 17 de março de 2015. Dispõe sobre os procedimentos, normas e diretrizes do sistema nacional de hemovigilância citados na Resolução da Diretoria Colegiada 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.56, 18 mar. 2015. Seção 1.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 75, 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. 32.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2001c. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.1, 27 de jan. 1999.

_____. Lei no 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.1, 22 de mar. 2001.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 mai. 2005. Seção 1, p. 63-65.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Hematologia e hemoterapia: guia de manejo de resíduos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Guia para uso de Hemocomponentes. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de out. 2017. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual para elaboração, implantação e gestão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS em Serviços de Hematologia e Hemoterapia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ nº 0097, de 23 de outubro de 2001. Determina que todas as unidades de saúde que utilizam sangue mantenham um sistema estruturado de captação de doadores e dá outras providências. 10ª Reunião Ordinária da CIB-RJ, em 16 de outubro de 2001.

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.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Recomendações para estimativa da necessidade de sangue e hemocomponentes. Washington, DC, 2010.

REDE DE SERVIÇOS TECNOLÓGICOS PARA SANGUE E HEMODERIVADOS. Manual para controle da qualidade do sangue total e hemocomponentes / coordenado por Alice Sakuma; Maria Ângela Pignata Ottoboni e Patrícia Cressoni Sierra. São Paulo: RedSang-SIBRATEC, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES nº 1.784, de 02 de abril de 2002. Determina que seja proibida a exigência de comprovante de doação de sangue para obtenção de acesso aos serviços de assistência à saúde oferecidos pela rede pública ou privada do estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 03 abr.2002, ano XXVIII. Parte 1.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES nº 618 de 09 de maio de 2013. Determina implantação de comitê transfusional e de captação de doadores de sangue em todas as unidades de saúde no âmbito do estado do rio de janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, n.087, ano XXXIX, 15 mai. 2013, Parte 1, p.31.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

_____. Secretaria Estadual de Saúde Resolução SES nº 1.878, de 05 de agosto de 2019. Define a rede estadual de sangue e hemoderivados, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, n. 147, ano XLV, 07 ago.2019. Parte 1, p.15.

Técnicas para coleta de sangue. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 1997. 63 p. II. (Série TELELAB). 1. Coleta de Sangue.



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos da prática hospitalar que envolvem a assistência hemoterápica

Quadro 2 – Documentos para a rotina hemoterápica

Quadro 3 – Especificações para transporte de amostras e hemocomponentes em caixa térmica

Quadro 4 – Identificação das caixas térmicas

Quadro 5 – Compatibilidade ABO/RhD para transfusão de concentrado de hemácias

Quadro 6 – Tempo de infusão por tipo de hemocomponente

Quadro 7 – Compatibilidade ABO para transfusão de plasma, crioprecipitado

Quadro 8 – Principais reações transfusionais

Quadro 9 – Classificação das reações adversas quanto à correlação com transfusão

Quadro 10 – Prazos recomendados para comunicação e notificação da reação transfusional

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de etiqueta de identificação de tubo de amostra de sangue

Figura 2 – Posicionamento da etiqueta de identificação de tubo de amostra de sangue do receptor para realização de testes pré-transfusionais

Figura 3 – Locais para acesso venoso periférico

Figura 4 – Orientações para o transporte de amostras de pacientes

Figura 5 – Orientações para o transporte de sangue total e hemocomponentes para procedimentos de transfusão

Figura 6 – Representação esquemática da organização da caixa térmica para o transporte de hemocomponentes



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXOS

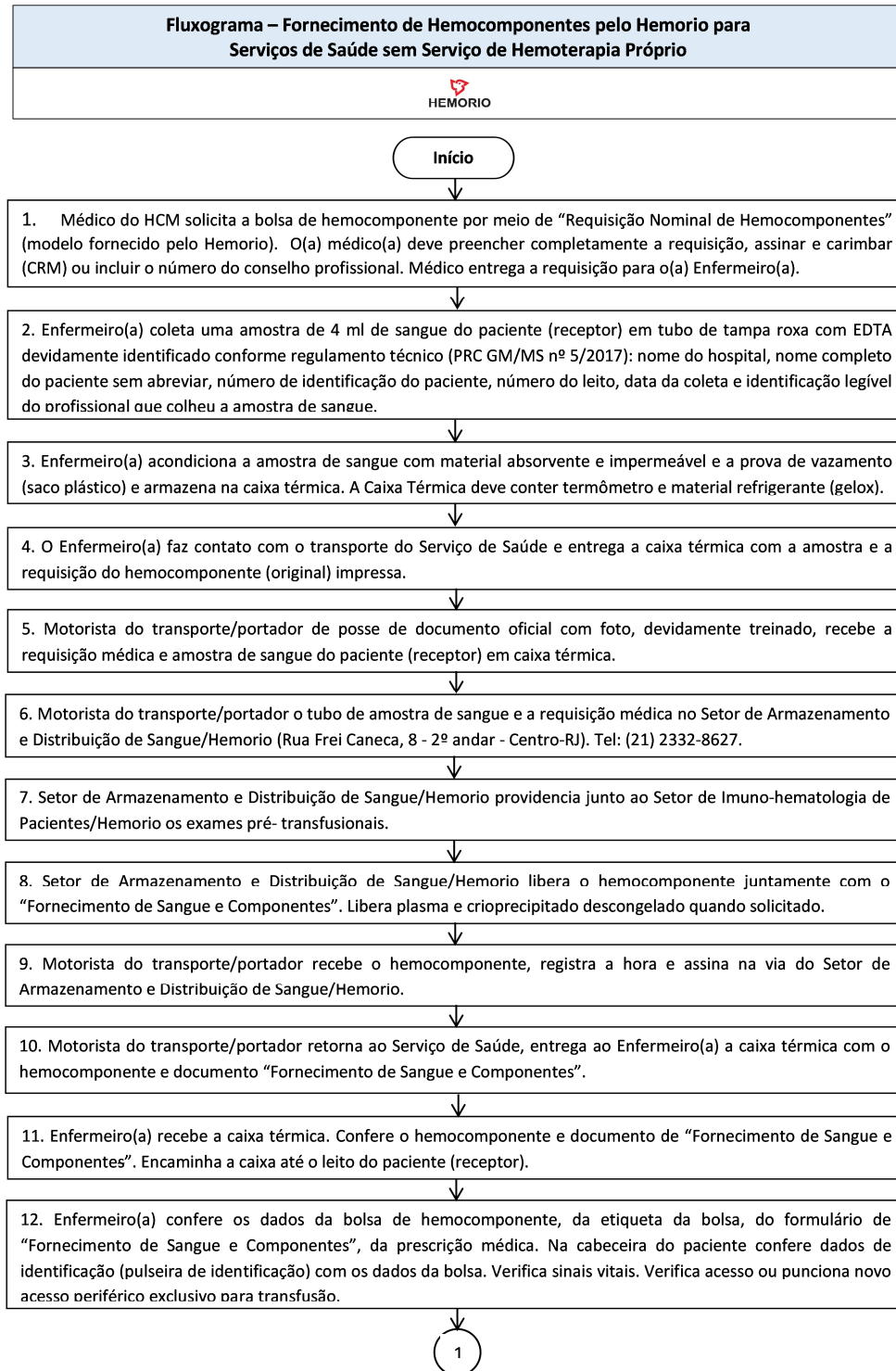
- ANEXO 1: FLUXOGRAMA – FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES PELO HEMORIO PARA SERVIÇO DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO
- ANEXO 2: REQUISIÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES DO HEMORIO
- ANEXO 3: DOCUMENTO DE FORNECIMENTO DE SANGUE E COMPONENTES DO HEMORIO
- ANEXO 4: MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSFUSÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS
- ANEXO 5: MODELO DE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL
- ANEXO 6: MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS
- ANEXO 7: MODELO DE FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 1

FLUXOGRAMA – FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES PELO HEMORIO PARA SERVIÇO DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO





HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Continuação do ANEXO 1

FLUXOGRAMA – FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES PELO HEMORIO PARA SERVIÇO DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO

Fluxograma – Fornecimento de Hemocomponentes pelo Hemorio para Serviços de Saúde sem Serviço de Hemoterapia Próprio



1

13. A equipe de Enfermagem realiza a transfusão (instala bolsa de hemocomponente lentamente por 5min, em seguida aumenta o gotejamento e observa ao lado do paciente durante os primeiros 10min), registra o procedimento no formulário de “Acompanhamento Transfusional” ou evolução de enfermagem e mantém no prontuário do paciente.

Em caso de **concentrado de hemácias**, transfundir (por 60min a 120min) o mais brevemente possível, por no máximo 4h. Em caso de prescrição de 2 ou mais bolsas, a equipe de Enfermagem deve armazenar em geladeira específica (2°C a 6°C) ou em caixa térmica com material refrigerante (gelox) com controle de temperatura a cada 4h. por até 24h.

Em caso de **plasma descongelado**, transfundir (por ± 60min) o mais brevemente possível. Se não for possível, armazenar por no máximo 6h, em temperatura ambiente (20°C a 24°C) ou até 24h, se mantido sob refrigeração em geladeira específica (2°C a 6°C) ou caixa térmica com material refrigerante (gelox) com controle de temperatura a cada 4h.

Em caso de **pool de concentrado de plaquetas**, transfundir (por ± 30min) o mais brevemente possível. Se não for possível, armazenar por no máximo 4h, em temperatura ambiente (20°C a 24°C).

Em caso de **crioprecipitado descongelado**, transfundir (por ± 30min) o mais breve possível, podendo ser estocado por até 4h em temperatura ambiente (20°C a 24°C).

14. A equipe Médica e de Enfermagem do Serviço de Hemoterapia acompanham a transfusão e ficam encarregados do reconhecimento e condutas frente aos eventos adversos e também do descarte de bolsas transfundidas.

15. A equipe Médica e de Enfermagem do Serviço de Saúde comunicam ao Hemorio por e-mail: esther.lopes@hemorio.rj.gov.br os casos de reação transfusional, quando houver, registram em prontuário a ocorrência e condutas adotadas.

16. A responsável pelo Setor Armazenamento e Distribuição de Sangue/Hemorio analisa os registros e arquiva em pasta própria.

Fim



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 2

REQUISIÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES DO HEMORIO

REQUISIÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES

I – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome _____ Sigla no HEMORIO _____

Endereço _____ Telefone _____

II – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo _____

Data de nascimento ____/____/____ Matrícula/Registro _____ Sexo () F () M Peso _____ Kg

Nacionalidade _____ Município de residência _____

1 – TIPO DE TRANSFUÇÃO _____ GRUPO SANGÜÍNEO _____ FATOR RH _____

() PROGRAMADA Reserva para o dia ____/____/____

() ROTINA (a ser realizada dentro de 24 horas a partir do horário da solicitação)

() URGÊNCIA (a ser realizada dentro de 3 horas a partir do horário da solicitação)

() EMERGÊNCIA (o retardo na transfusão do ST ou CH pode acarretar risco para a vida do paciente).

AUTORIZO A EXPEDIÇÃO DA(S) UNIDADES DE SANGUE TOTAL E/OU CONCENTRADO DE HEMÁCIAS SOLICITADA(S) SEM A FINALIZAÇÃO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS, JUSTIFICADA POR RISCO DE VIDA DO PACIENTE, CASO A TRANSFUÇÃO NÃO SEJA REALIZADA IMEDIATAMENTE.

Assinatura e CRM legível _____

2 – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

3 – INDICAÇÃO DA TRANSFUÇÃO _____

COMPONENTE(S) SOLICITADO(S) / DADOS LABORATORIAIS

COMPONENTE	QUANTIDADE OU VOLUME	DADOS LABORATORIAIS	DATA
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		Ht % ou Hb g/dL	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		Contagem de Plaquetas	
PLASMA FRESCO		TAP PTT	
CRIOPRECITADO		Fibrinogênio	

4 – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS () DESLEUCOCITADO () LAVADO () IRRADIADO () FRACIONADO () FENOTIPADO

5 – ANTECEDENTES TRANSFUSIONAIS () SIM () NÃO DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO ____/____/____

6 – ANTECEDENTES GESTACIONAIS () SIM () NÃO NÚMERO DE GESTAÇÕES _____

7 – HISTÓRIA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL () SIM () NÃO TIPO DE REAÇÃO _____

8 – OBSERVAÇÕES _____

DATA ____/____/____

HORA ____:____

ASSINATURA/CRM

SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REALIZAM PROVA DE COMPATIBILIDADE NO HEMORIO

1 – Enviar **UMA AMOSTRA DO PACIENTE**, coletada em tubo com EDTA para realização dos **TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS**.

1.1 – A **AMOSTRA** deve ser coletada na **MESMA DATA** do envio da solicitação da transfusão.

1.2 – A **IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA** deve conter: **NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURAS), MATRÍCULA OU REGISTRO NO SERVIÇO DE SAÚDE, DATA DE COLETA, IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA COLETA.**

POR MEDIDA DE SEGURANÇA, AS REQUISIÇÕES E/OU AMOSTRAS INCOMPLETAS, INADEQUADAMENTE IDENTIFICADAS OU ROTULADAS, COM DIVERGÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO OU DE GRUPO SANGÜÍNEO/FATOR Rh EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO OU AO CADASTRO DO PACIENTE NO HEMORIO SERÃO DESCARTADAS, DEVENDO SER ENVIADA NOVA AMOSTRA PARA A LIBERAÇÃO DO COMPONENTE.

GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA

LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA DE PACIENTES

Rua Frei Caneca, 8, 2º andar – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030

Tel.: (21) 2332-8611 ou 2332-8612 ou 2332-8613 ou 2332-8614 Ramal 2317 – www.hemorio.rj.gov.br

E-mail: imuno.paciente@hemorio.rj.gov.br



HEMORIO

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretaria de Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO





HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 3

DOCUMENTO DE FORNECIMENTO DE SANGUE E COMPONENTES DO HEMORIO

		GOVERNO DO RIO DE JANEIRO – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI		Emissão:				
Fornecimento de Sangue e Componentes								
Comprovante de Expedição				Nº				
Solicitante								
Instituição			Responsável		Documento			
Paciente								
Matrícula		Registro	Nome		Nascimento	Prontuário de Origem		
ABO	Fator Rh	PAI	Observação da última reação transfusional					
Tenho ciência das normas técnicas de hemoterapia publicadas na Portaria de Consolidação MS/GM nº 05 de 28 de setembro de 2017, e me responsabilizo pelo transporte, estocagem, provas de compatibilidade e aplicação dos produtos abaixo solicitados.								
Inst . Coleta	Nº Doação	Componente		Seq.	Vol.	ABO	Rh	Validade
Total de bolsa (s) expedida (s):								
Conferi e atesto que recebi a (s) unidade(s) acima listada(s).								
Expedido por: _____ em: ____/____/____ as ____:____ hs Temperatura: _____°C								
Recebido por: _____ em: ____/____/____ as ____:____ hs Temperatura: _____°C								
Observação: _____								
I – OS HEMOCOMPONENTES FORNECIDOS FORAM PRODUZIDOS E LIBERADOS CONFORME REGULAMENTOS VIGENTES (RESOLUÇÃO- RDC Nº 34/2014 MS/ANVISA E PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO MS/GM Nº 5/2017).								
II – TODOS OS HEMOCOMPONENTES LIBERADOS MANTÊM SUA INTEGRIDADE, SENDO ARMAZENADOS ATÉ O MOMENTO DA EXPEDIÇÃO À TEMPERATURA DE 2°C À 6°C PARA OS CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, 20°C À 24°C PARA OS CONCENTRADOS DE PLAQUETAS E INFERIOR A 30°C NEGATIVOS PARA O PLASMA E CRIOPRECIPITADO.								
III – PARA O TRANSPORTE DOS HEMOCOMPONENTES FORNECIDOS EXIGE-SE: CONCENTRADO DE HEMÁCIAS: TEMPERATURA DE 1°C À 10°C, MALETA EXCLUSIVA CONTENDO RESFRIADOR. CONCENTRADO DE PLAQUETAS: TEMPERATURA DE 20°C À 24°C, MALETA EXCLUSIVA CONTENDO RESFRIADOR, QUANDO ALTA TEMPERATURA DURANTE O TRANSPORTE. PLASMA E CRIOPRECIPITADO: MANTER CONGELADO, MALETA EXCLUSIVA CONTENDO RESFRIADOR.								
IV – EM CASO DE ACIDENTE COM O MATERIAL TRANSPORTADO, ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE EXPEDIÇÃO DO HEMORIO PELO TELEFONE (21) 2332-8627.								



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 4

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSFUSÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TRANSFUSÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

NOME: _____

Nº do prontuário: _____

Eu, acima identificado, na condição de paciente desse Hospital ou de Responsável legal, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, autorizo os profissionais vinculados à assistência do paciente, a realizar o tratamento hemoterápico, que inclui a transfusão de concentrado de hemácias, plasma, concentrado de plaquetas e/ou crioprecipitado.

Este consentimento e as condutas médicas foram explicados de forma clara e objetiva, inclusive em relação à terapia transfusional e quanto aos benefícios e/ou riscos do tratamento, também me sendo permitida a realização de perguntas, onde todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Estou ciente que poderá haver reações leves a graves, imediatas ou tardias da transfusão de sangue ou hemocomponentes, como náuseas, dispnéia, reações alérgicas, reação febril não-hemolítica, hemolítica aguda, TRALI (Transfusion Related Lung Injury), hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, entre outros.

Também estou ciente que caso ocorra alguma intercorrência grave durante ou após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes, e o médico assistente julgar necessário, serei imediatamente submetido à devida assistência especializada.

Fui prevenido quanto à possibilidade de infecção grave, sendo orientado a procurar o serviço de emergência caso apresente febre, mal estar geral, ou outra manifestação clínica não habitual, após a alta ambulatorial ou hospitalar.

Estou ciente que mesmo com a realização de todos os exames sorológicos e moleculares previstos em lei para garantir a segurança transfusional, como, Hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis e HTLV, estou submetido a um risco mínimo de adquirir alguma dessas doenças infecciosas após a transfusão de sangue e/ou hemocomponentes.

Fui informado que amostras do meu sangue serão coletadas para a realização de testes e exames pré-transfusionais e no surgimento de reações transfusionais imediatas ou tardias, para fornecer dados para estudos e investigações do Comitê Transfusional e Hemovigilância do Hospital.

Possuo o direito de revogar estas autorizações de tratamento a qualquer momento, assumindo a inteira responsabilidade por esta decisão.

Por livre iniciativa autorizo a transfusão de sangue e/ou hemocomponente e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.

Local, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável e RG

Assinatura e Nº do Conselho Profissional do Médico



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 5

MODELO DE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL (FRENTE)

LOGO DA INSTITUIÇÃO

INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL DE HEMOCOMPONENTE OU HEMODERIVADO

Identificação do Paciente

Nome completo _____ Matrícula _____ Data ____/____/____
Setor _____ Leito _____

TRANSFUSÃO I	Hemocomponente/hemoderivado conforme prescrição	Pré transfusão	Etiqueta/Registro do hemocomponente/hemoderivado	Apresentou intercorrência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias <input type="checkbox"/> Concentrado de Plaquetas <input type="checkbox"/> Plasma Fresco <input type="checkbox"/> Fator VII <input type="checkbox"/> Fator VIII <input type="checkbox"/> Fator IX <input type="checkbox"/> Outro _____	Horário _____ PA _____ mmHg Tax _____ °C FR _____ irpm EAD _____ FC _____ bpm Acesso venoso <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVCNT <input type="checkbox"/> CVCSI <input type="checkbox"/> CVCTI Local _____ Transfusão Início às _____ Acompanhamento dos 10 (dez) primeiros minutos na infusão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intercorrências <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual _____	_____ _____ _____ Pós transfusão Término às _____ PA _____ mmHg Tax _____ °C FR _____ irpm EAD _____ FC _____ bpm	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Calafrios / Tremores <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Urticária / Prurido <input type="checkbox"/> Outros _____ Conduta <input type="checkbox"/> Comunicado ao hemoterapeuta Dr.(a) _____ às _____ <input type="checkbox"/> Outra _____
	Recebimento do hemocomponente/hemoderivado			
	Horário _____			
	Realizar dupla checagem			
	<input type="checkbox"/> Identificação do paciente			
	<input type="checkbox"/> Identificação do hemocomponente/hemoderivado			
	Assinatura e Nº do Conselho Profissional _____	Assinatura e Nº do Conselho Profissional _____	Assinatura e Nº do Conselho Profissional _____	Assinatura e Nº do Conselho Profissional _____

Registro de Enfermagem

Data/hora			

Endereço, telefone e site da Instituição



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Continuação do ANEXO 5

MODELO DE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL (VERSO)

LOGO DA INSTITUIÇÃO

TRANSFUSÃO 2	Hemocomponente/hemoderivado conforme prescrição <input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias <input type="checkbox"/> Concentrado de Plaquetas <input type="checkbox"/> Plasma Fresco <input type="checkbox"/> Fator VII <input type="checkbox"/> Fator VIII <input type="checkbox"/> Fator IX <input type="checkbox"/> Outro _____	Pré transfusão Horário _____ PA <input type="text"/> mmHg Tax <input type="text"/> °C FR <input type="text"/> irpm EAD <input type="text"/> FC <input type="text"/> bpm	Etiqueta/Registro do hemocomponente/hemoderivado	Apresentou intercorrência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Calafrios / Tremores <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Urticária / Prurido <input type="checkbox"/> Outros _____	
	Recebimento do hemocomponente/hemoderivado Horário _____	Acesso venoso <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVCNT <input type="checkbox"/> CVCSI <input type="checkbox"/> CVCTI Local _____			Condução <input type="checkbox"/> Comunicado ao hemoterapeuta Dr.(a) _____ às _____ <input type="checkbox"/> Outra _____
	Realizar dupla checagem <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Identificação do hemocomponente/hemoderivado	Transfusão Início às _____ Acompanhamento dos 10 (dez) primeiros minutos na infusão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intercorrências <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual _____			Pós transfusão Término às _____ PA <input type="text"/> mmHg Tax <input type="text"/> °C FR <input type="text"/> irpm EAD <input type="text"/> FC <input type="text"/> bpm
Assinatura e Nº do Conselho Profissional	Assinatura e Nº do Conselho Profissional	Assinatura e Nº do Conselho Profissional	Assinatura e Nº do Conselho Profissional	Assinatura e Nº do Conselho Profissional	

Registro de Enfermagem	
Data/hora	

INSTRUÇÕES PARA USO: Geral - Utilizar cada espaço para o registro de apenas uma transfusão de hemocomponente ou hemoderivado. **Etiqueta/Registro do hemocomponente/hemoderivado** - Colar a etiqueta da bolsa do hemocomponente ou hemoderivado ou escrever o código.

LEGENDA: PA - Pressão arterial; mmHg - milímetro de mercúrio; Tax - temperatura axilar; °C - grau Celsius; FR - frequência respiratória; irpm - incursões respiratórias por minuto; EAD - escala analógica da dor; FC - frequência cardíaca; bpm - batimentos por minuto; AVP - acesso venoso periférico; CVCNT - cateter venoso central não tunelizado; CVCSI - cateter venoso central semi implantável; CVCTI - cateter venoso central totalmente implantável.

Endereço, telefone e site da Instituição



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 6

MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS - TRANSFUSÃO					
2. Dados do Notificador ao Hemorio					
Unidade de Saúde	<input type="text"/>				
Nome Completo do Notificador	<input type="text"/>				
Categoria Profissional	<input type="text"/>	Nº do Conselho Profissional	<input type="text"/>		
Data da Ocorrência do Evento Adverso	<input type="text"/>	Data da Detecção do Evento Adverso	<input type="text"/>		
1. Dados do Paciente					
Nome Completo	<input type="text"/>				
Diagnóstico	<input type="text"/>	Prontuário nº	<input type="text"/>		
Leito	<input type="text"/>	Data Nascimento	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Altura	<input type="text"/>				
Enf. Adulto ()	Enf. Pediátrica ()	CTI ()	Sexo	Masculino ()	Feminino ()
3. Hemocomponente relacionável com a notificação					
Data da Transfusão	<input type="text"/>	Nº do Hemocomponente	<input type="text"/>	Grupo ABO e RhD	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias ()	Concentrado de Plaquetas ()	Plasma ()	Crio ()		
Desleucocitados ()	Lavados ()	Desplasmatisados ()	Irradiados ()		
4. Reações Adversas (imediatas e tardias)					
Febre ()	Urticária ()	Hipertensão ()	Broncoespasmo ()	Dispnéia ()	
Calafrios ()	Dor Lombar ()	Hipotensão ()	Opressão em Orofaringe ()	Choque Anafilático ()	
Tosse ()	Vômito ()	Dor Abdominal	Opressão em Pré-cordial ()	Hematúria ()	
Náusea	Taquicardia ()	Diarréia ()	Ardência noTrajeto Venoso ()	Cianose ()	
Outros especificar	<input type="text"/>				
Início da transfusão	Hora	TAX	PA	FC	FR
Primeiros 10 minutos	Hora	TAX	PA	FC	FR
Término da transfusão	Hora	TAX	PA	FC	FR
Início do(s) sintoma(s)	Hora	TAX	PA	FC	FR
5. Descrição detalhada do evento adverso, a doença de base e a história clínica do receptor e testes laboratoriais realizados para investigar a reação:					
<input type="text"/>					



MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

ANEXO 7

MODELO DE FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA

NOME E LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO

CHECK LIST PARA BUSCA ATIVA - HEMOVIGILÂNCIA			
Prontuário	Data da Transfusão	Setor	
Nome do Paciente			
N° da Bolsa	Tipo	Grupo/Rh	
Requisição de Transfusão	Conforme	Não Conforme	Não se Aplica
Nome completo do paciente			
Número do prontuário			
Sexo			
Peso			
Data de nascimento			
Localização - quarto/enfermaria e leito			
Hemocomponente - quantidade/volume especificado			
Modalidade - rotina/programada/de urgência/de emergência			
Diagnóstico e indicação da transfusão			
Antecedentes transfusionais, gestacionais e reações transfusionais			
Resultados dos testes laboratoriais			
Data dos exames laboratoriais			
Nome, CRM e assinatura do médico solicitante			
Data da solicitação			
Prescrição Médica			
Data e hora			
Tipo de hemocomponente			
Volume			
Procedimento(s) especial(is) indicado(s)			
Assinatura e CRM			
Evolução Médica			
Indicação da transfusão			
Termo de Consentimento para transfusão			
Nome completo do paciente			
Número do prontuário			
Assinatura do paciente			
Assinatura do responsável			
Assinatura do médico			
Data e hora			
Preenchimento do Registro Transfusional			
Nome completo do paciente			
Número do prontuário			
Data			
Hora			
Tipo de hemocomponente			
Origem e número da bolsa			
Volume			
Local de acesso			
Hora do início da transfusão			
Hora do término da transfusão			
Sinais vitais de início			
Sinais vitais de término			
Acompanhamento dos 10 primeiros minutos de transfusão			
Assinatura do responsável: SSVV, instalação e acompanhamento			



HEMORIO

MANUAL DE ORIENTAÇÕES HEMOTERÁPICAS PARA UNIDADES DE SAÚDE SEM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

Continuação do ANEXO 7

MODELO DE FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA

Reação Transfusional (quando houver)				Conforme	Não Conforme	Não se Aplica
Sinais e sintomas						
Nome do médico que realizou atendimento						
Conduta adotada						
Notificação ao Serviço de Hemoterapia						
Assinatura do responsável pelo registro das informações						
Manifestações clínicas						
Intensidade da reação Leve () Moderada () Grave ()						
Febre () Urticária () Hipertensão () Broncoespasmo () Cianose ()						
Calafrio () Dor lombar () Hipotensão () Opressão em orofaringe () Dispnéia ()						
Tosse () Vômito () Dor abdominal () Opressão pré-cordial () Hematúria ()						
Náusea () Taquicardia () Diarréia () Choque anafilático ()						
Ardência no trajeto venoso () Não aproveitamento transfusional ()						
Outros (especificar)						
Evolução do quadro clínico						
Exames complementares (paciente) em caso de investigação de reação transfusional						
Amostras do paciente		Pré-Transfusional		Pós-Transfusional		
Inspeção visual: Hemólise?		Sim () Não ()		Sim () Não ()		
Tipo ABO-Rh (prova direta)						
Tipo ABO (prova reversa)						
Teste da Antiglobulina Direto						
Teste de Compatibilidade						
Pesquisa Anticorpos Irregulares						
Hemocultura (se aplicável)						
Outras observações						
Responsável pelo preenchimento (Nome, formação e setor)					Data	
Conduta imediata e evolução do quadro _____						
Hipótese diagnóstica _____						
Modificação do protocolo transfusional Sim () Não ()						
Conduta futura (prescrição do hemoterapeuta) _____						
Assinatura do Responsável Técnico _____						