

**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES**

|                                                                                |       |         |         |                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|---------|------------------|-----|
| UNIDADE SOLICITANTE/HOSPITAL:                                                  |       |         |         | DATA INTERNAÇÃO: |     |
| TELEFONE ATUALIZADO DO SOLICITANTE (contato imediato em casos de necessidade): |       |         |         |                  |     |
| PACIENTE:                                                                      |       |         |         | Raça/cor:        |     |
| Endereço (Rua, Av.):                                                           |       |         |         | CEP:             | Nº: |
| QUADRA:                                                                        | LOTE: | COMPL.: | BAIRRO: | CIDADE:          |     |
| Nome da Mãe:                                                                   |       |         |         | Nº CNS (SUS):    |     |
| Para pacientes menores de quatro meses, informe a tipagem ABO/RH da mãe:       |       |         |         |                  |     |

|                     |             |                        |              |                  |            |                                            |
|---------------------|-------------|------------------------|--------------|------------------|------------|--------------------------------------------|
| Nº PRONTUÁRIO:      | ENF:        | LEITO:                 | SEXO:        | D.NASC:          | PESO:      | Kg                                         |
| SOLICITOU DOADORES? |             | JÁ RECEBEU TRANSFUSÃO? | QUANTAS?     | HÁ QUANTO TEMPO? | ONDE?      |                                            |
| EXAMES              | HEMOGLOBINA | g/dL                   | HEMATÓCRITO: | %                | PLAQUETAS: | mm <sup>3</sup>                            |
|                     |             |                        |              |                  |            | DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO?<br>( ) SIM ( ) NÃO |
| DIAGNÓSTICO:        |             |                        |              |                  |            |                                            |
| INDICAÇÃO CLÍNICA:  |             |                        |              |                  |            |                                            |

| PRESCRIÇÃO                               |            |        |                                                                                                |
|------------------------------------------|------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HEMOCOMPONENTE/HEMODERIVADO              | QUANTIDADE | VOLUME | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:                                                                       |
| ( ) Concentrado de hemácias              |            |        | ( ) Ex-sanguíneo transfusão<br>Volume: plasma: _____ mL /<br>Concentrado de hemácias: _____ mL |
| ( ) Plasma fresco                        |            |        |                                                                                                |
| ( ) Concentrado de plaquetas             |            |        |                                                                                                |
| ( ) Concentrado de plaquetas por aférese |            |        | ( ) Plasmaférese terapêutica<br>Volume: _____ mL                                               |
| ( ) Crioprecipitado                      |            |        | Observação:                                                                                    |
| ( ) Outros (Especificar)                 |            |        |                                                                                                |

( ) IRRADIADO ( ) LAVADO ( ) FILTRO DE LEUCÓCITOS ( ) FENOTIPADO

|                                              |                                        |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| Assinatura Médico<br>solicitante/CRM/Carimbo | Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|

**TIPO DE TRANSFUSÃO:**

- ( ) **Programada** (Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h).  
 ( ) **Rotina** (a ser realizada dentro das 24 horas).  
 ( ) **Urgente** (a ser realizada em até 3 horas após o recebimento da solicitação)  
 ( ) **Emergência** – quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente – só pode ser realizada com autorização do médico solicitante, incluindo assinatura do termo de responsabilidade.

**• É OBRIGATÓRIO REGISTRAR O NÚMERO E A ORIGEM DOS HEMOCOMPONENTES, BEM COMO A DATA EM QUE A TRANSFUSÃO OCORREU NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES DE EMERGÊNCIA**

De acordo com a **Portaria Consolidada MS/GM nº 05/2017**, devido à gravidade do Estado de Saúde e risco de morte por atraso ou não realização da transfusão no paciente acima identificado, **AUTORIZO** a transfusão dos hemocomponentes prescritos antes do término dos testes pré-transfusionais e declaro estar ciente dos riscos e das possíveis consequências advindas dessa transfusão.

Ass. e carimbo médico responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.

- **Requisição fora dos padrões, incompleta, ilegível ou rasurada não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia** (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).
- Os **tubos contendo amostras de sangue** para os testes pré-transfusionais devem ser **rotulados** no momento da coleta, contendo no mínimo, identificação da unidade solicitante, o nome completo do receptor (paciente) sem abreviaturas, seu número de identificação, nome do coletador e data da coleta. **Tubos que não estejam corretamente identificados não devem ser aceitos pelo serviço de hemoterapia** (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).

**As solicitações devem ser feitas em DUAS VIAS que devem ser obrigatoriamente encaminhadas ao Serviço de Hemoterapia.**

**Para mais informações acesse o Manual Transfusional pelo site: [hemocentro.org.br](http://hemocentro.org.br)**

**A SER USADO PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

|                                                                                                                                                                  |        |                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------|------------------|
| Registro de recebimento da solicitação no serviço de hemoterapia:                                                                                                |        | Data:     /     /     . Hora:     :     h. |                  |
| Grupo Sanguíneo (ABO):                                                                                                                                           | Rh(D): | D fraco:                                   | Tipagem reversa: |
| Prova Cruzada:                                                                                                                                                   |        | Auto-Anticorpo.:                           |                  |
| Inspeção Visual (coloração adequada, sistema íntegro, ausência de sinais de hemólise ou de coágulos, data de validade e teste de hemólise):     (     ) Conforme |        |                                            |                  |
| Data:     /     /                                                                                                                                                | Obs:   | Coombs Direto                              |                  |

Número da(s) bolsa(s) transfundidas(s) / Hemocomponentes

Preparado por: Assinatura e carimbo:

Data e Horário de realização da transfusão:     /     /     .     :     h.

**A SER USADO PELO MÉDICO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA:**  
Registro de alterações de conduta

Assinatura/ Carimbo transfusionista

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Assinatura/ Carimbo Médico

| DESCRIÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES            |                                                                                                                     |               |                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPONENTE                               | COMPOSIÇÃO                                                                                                          | VOLUME APROX. | INDICAÇÃO                                                                                                                                                                         |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH):            | HEMÁCIAS; PLASMA EM PEQUENO VOLUME; 2000-3 000 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS                               | 270 mL        | RESTABELECER A CAPACIDADE DE TRANSPORTE DE O <sub>2</sub> E A MASSA ERITROCITÁRIA.                                                                                                |
| CH PADRÃO                                |                                                                                                                     |               |                                                                                                                                                                                   |
| CH DESLEUCOCITADO                        | HEMÁCIAS; < 1X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS;                                                                 | 250 mL        | RN, PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS, HEMOGLOBINOPATIAS, EXSANGÜINEO-TRANSFUSÃO, PACIENTES CMV NEGATIVOS, CANDIDATOS A TMO OU C/ REAÇÕES FEBRIS RECORRENTES, TRANSFUSÃO INTRA UTERINA. |
| CH LAVADO                                | HEMÁCIAS, PROTEÍNAS < 0,5 G/ UNIDADE; SF 0,9%                                                                       | 250 mL        | PACIENTES QUE APRESENTAM REAÇÕES ALÉRGICAS GRAVES                                                                                                                                 |
| CH COM CAMADA LEUCO-PLAQUETÁRIA REMOVIDA | HEMÁCIAS, < 1200 X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS, SOLUÇÃO ADITIVA                                             | 270 mL        | PACIENTES QUE APRESENTAM REAÇÕES ALÉRGICAS OU REAÇÕES FEBRIS                                                                                                                      |
| CH IRRADIADO                             | HEMÁCIAS; PLASMA EM PEQUENO VOLUME; LINFÓCITOS TRESIDUAIS INATIVADOS                                                | 270 mL        | PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, TRANSFUSÃO INTRAUTERINA, EXSANGÜINEO- TRANSFUSÃO, RN < 1200 G, APLASIA DE MEDULA ÓSSEA, DOADOR CONSANGÜÍNEO.                  |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP):           | > 5,5X10 <sup>10</sup> DE PLAQUETAS / UNIDADE; PLASMA, < 200 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS RESIDUAIS      | 40 – 70 mL    | SANGRAMENTO ATIVO COM PLAQUETOPENIAS POR DEFICIÊNCIA MEDULAR OU TROMBOCITOPATIAS CONGÊNITAS. PREPARO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM PACIENTES PLAQUETOPÊNICOS.                   |
| CP (OBTIDO DE SANGUE TOTAL)              |                                                                                                                     |               |                                                                                                                                                                                   |
| PLAQUETAFERESE (CPAF)                    | > 3.0X10 <sup>11</sup> PLAQUETAS;< 1X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS; PLASMA                                   | ≥200 mL       | POLITRANSFUNDIDOS, REFRATÁRIOS A CP, CANDIDATOS A TMO, REAÇÃO TRANSFUSIONAL FEBRIL, PACIENTES CMV NEGATIVOS                                                                       |
| POOL DE CONC. DE PLAQUETAS               | >3.0 X10 <sup>11</sup> PLAQUETAS; 250 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS T RESIDUAIS; PLASMA                              | 300 mL        | UMA BOLSA EQUIVALE A DOSE TERAPÉUTICA PARA ADULTO (>40 KG) DE CONC. DE PLAQUETAS                                                                                                  |
| CP DESLEUCOCITADO                        | <1X10 <sup>6</sup> LEUC (POOL OU CPAF) OU < 0,83 X 10 <sup>6</sup> LEUC (CP)                                        | VIDE ACIMA    | INDICAÇÕES SEMELHANTES AO CH DESLEUCOCITADO                                                                                                                                       |
| CP IRRADIADO                             | LINFÓCITOS T RESIDUAIS INATIVADOS                                                                                   | VIDE ACIMA    | INDICAÇÕES SEMELHANTES AO CH IRRADIADO.                                                                                                                                           |
| PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)            | TODOS OS FATORES DA COAGULAÇÃO SANGÜÍNEA                                                                            | ≥150 mL       | SANGRAMENTO ATIVO OU PREPARO PRÉ OPERATÓRIO NA DEFICIÊNCIA DE FATORES DE COAGULAÇÃO.                                                                                              |
| CRIOPRECIPITADO (CRIO)                   | 80 A 100 UI DE FATOR VIII, 20% A 30% DE FATOR XIII, 150 A 300 MG DE FIBRINOGENO, 40% A 70% DE FATOR VON WILLEBRAND. | 10 – 20 mL    | REPOSIÇÃO DE FATOR VON WILLEBRAND (QUANDO O CONCENTRADO ESPECÍFICO NÃO É DISPONÍVEL) E DE FIBRINOGENO.                                                                            |

De acordo com a **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N.º 5/2017 MS**, que estabelece o **regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**:

**Art. 6.** A transfusão de sangue e componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, por ser um procedimento que não está isento de risco. Sua indicação poderá ser objeto de análise e aprovação pela equipe médica do serviço de hemoterapia.

**Art. 168.** As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas exclusivamente por médicos, em **formulário específico** que contenha informações suficientes para uma correta identificação do receptor.

§ 1º Devem constar no formulário, **no mínimo**, os seguintes dados:

I - nome completo do paciente sem abreviaturas; II - data de nascimento; III - sexo; IV - idade; V - número do prontuário ou registro do paciente; VI - número do leito (no caso de paciente internado); VII - diagnóstico; VIII - hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade); IX - modalidade da transfusão; X - resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente; XI - data; XII - dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM); XIII - dados do paciente, como: a) peso do paciente (quando indicado); e b) antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente.

**Art. 170.** Na hipótese de **transfusão de urgência ou emergência**, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente; II - existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; III - **termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente** no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento; e IV - as provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

**Art. 198. (...)** V - os hemocomponentes devem ser infundidos em, no máximo, 4 horas, quando esse período for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e as bolsas descartadas; (...)

**VIII** - nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem ser infundido em paralelo (na mesma linha venosa), à exceção da solução de cloreto de sódio a 0,9%, em casos excepcionais.