









|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 1/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

## SUMÁRIO

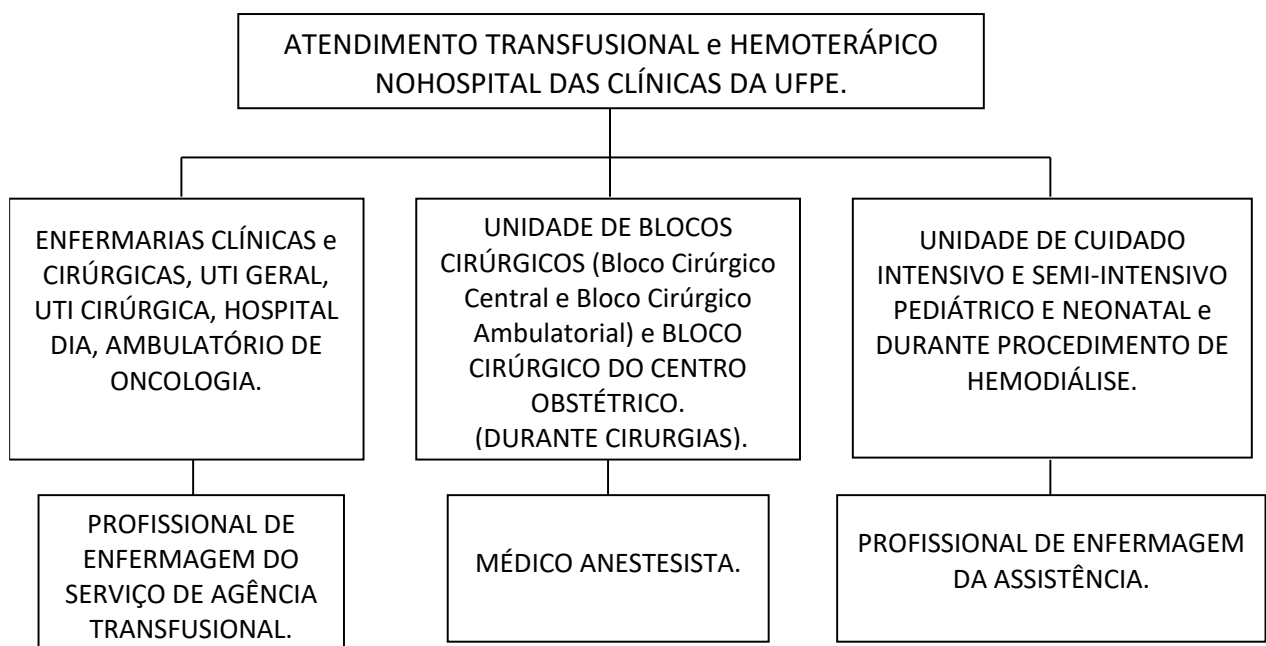
|   |    |
|---|----|
| 1. APRESENTAÇÃO .....   | 2  |
| 2. OBJETIVO .....   | 3  |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....   | 3  |
| 4. SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE E PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO.....   | 4  |
| 5. COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES IMUNO-HEMATOLÓGICOS.....   | 5  |
| 6. VOLUME DA AMOSTRA DE SANGUE A SER COLETADO .....   | 6  |
| 7. PREPARO E ENVIO DA AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS .....  | 6  |
| 8. TRANSPORTE DA AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS .....   | 7  |
| 9. QUANDO COLETAR AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS .....  | 8  |
| 10. SOLICITAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.....  | 8  |
| 11. ENVIO DO HEMOCOMPONENTE PELO SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL E RECEPÇÃO PELO BLOCOVIDA .....                           | 8  |
| 12. ATO TRANSFUSIONAL.....  | 9  |
| 13. HEMOCOMPONENTES PARA PACIENTE ADULTO .....  | 10 |
| 14. DISPOSITIVOS PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES .....   | 13 |
| 15. EQUIPO PARA INFUSÃO DE SANGUE.....  | 13 |
| 16. HEMOVIGILÂNCIA.....   | 14 |
| 17. REFERÊNCIAS .....   | 14 |
| 18. HISTÓRICO DE REVISÃO.....   | 15 |
| Anexo 01 – Fluxograma para solicitar transfusão de hemocomponentes no BloCO VIDa e envio da STS e da amostra de sangue..... | 16 |
| Anexo 02 – Fluxograma para envio de hemocomponentes pela agência transfusional e recepção pelo BloCO VIDa .....             | 17 |
| Anexo 03 – Fluxograma para iniciar a transfusão no BloCO VIDa .....   | 18 |
| Anexo 04 – Modelo de Solicitação de Transfusão de Sangue (STS) (frente e verso) .....                                       | 19 |
| Anexo 05 – Modelo de Formulário para Registro de Transfusão de Sangue (frente e verso) .....                                | 21 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 2/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

## 1. APRESENTAÇÃO

Em seguimento à Portaria nº 158/MS/2016, Art. 191, *as transfusões serão realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas relacionadas ao ato transfusional e serão realizadas apenas sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais.*





No Hospital das Clínicas – UFPE, o ato transfusional em sua quase totalidade é realizado pelo profissional de enfermagem do Serviço de Agência Transfusional, exceto durante cirurgias, procedimentos de hemodiálise e na Unidade de Cuidado Intensivo e Semi-intensivo Pediátrico e Neonatal.



A monitorização do hemocomponente e a monitorização do paciente durante a transfusão em todos os setores do hospital são atribuições do profissional de enfermagem da assistência e, durante as cirurgias, do anestesista.

O Hospital das Clínicas/Ebserh-UFPE receberá pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 no BloCO VIDa com 18 (dezoito) leitos de UTI e 6 (seis) leitos clínicos e também na Enfermaria do 8º andar, ala Sul, com 20 (vinte) leitos clínicos.

A Unidade de Cuidado Intensivo e Semi-intensivo Pediátrico e Neonatal disponibilizará 02 (dois) leitos para pacientes da neonatologia.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 3/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

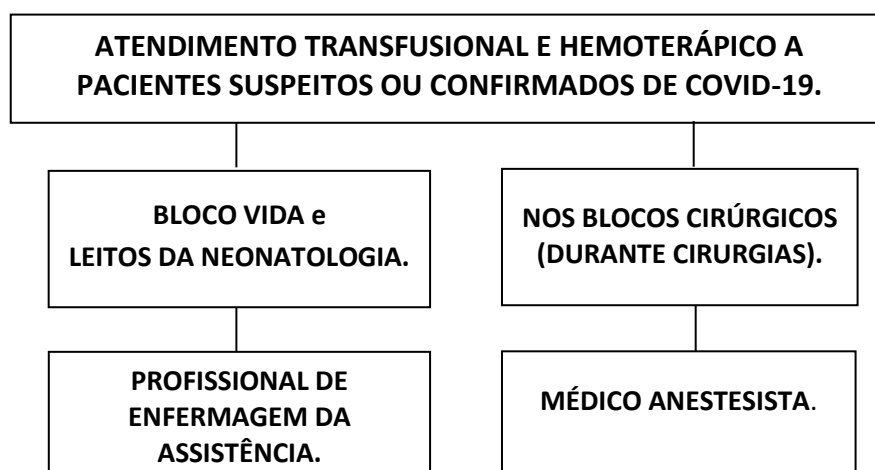
O atendimento hemoterápico ao paciente do Hospital e ao paciente internado no 8º andar, ala sul, permanecerá sendo realizado pelos profissionais de enfermagem do Serviço de Agência Transfusional.

Pacientes adultos, suspeitos ou confirmados de COVID-19, podem ser portadores de doenças hematológicas, oncológicas ou onco-hematológicas, cursar com distúrbios de coagulação secundários à insuficiência hepática nas formas graves do COVID-19, ou mesmo evoluir com quadro clínico ou cirúrgico emergencial com necessidade transfusional ou de procedimento hemoterápico (flebotomia terapêutica).

## 2. OBJETIVO





Esse guia de atendimento transfusional e hemoterápico destina-se exclusivamente à assistência de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 sob internamento no BloCO VIDA, visando diminuir a circulação, a exposição e a contaminação de profissionais externos à área de atendimento e diminuir o uso/gasto de EPI específicos.

O ato transfusional, a monitorização do hemocomponente e a monitorização do paciente durante a transfusão serão, portanto, atribuições do profissional de enfermagem ou do médico da assistência a esses pacientes.



## 3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A IDENTIFICAÇÃO ATIVA e a IDENTIFICAÇÃO PASSIVA são primordiais para a segurança do paciente em todos os procedimentos na área de Saúde, entendendo-se por segurança do paciente “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 4/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

No atendimento hemoterápico aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, a identificação ativa e a identificação passiva envolvem a solicitação de sangue e hemocomponentes (quer seja para transfusão imediata, programada ou para reserva cirúrgica), a coleta de amostra de sangue e o ato transfusional.

## COMO PROCEDER

Pergunte ao paciente o nome completo e a data de nascimento para certificar-se que é o paciente certo (IDENTIFICAÇÃO ATIVA).

Se o paciente é criança, ou incapaz, ou está desorientado, ou inconsciente, peça a outro profissional ou familiar que confirme a identificação do mesmo e, então, realize a identificação passiva.

Verifique a concordância das informações com os dados da pulseira, ou do cartão do hospital, ou do prontuário (IDENTIFICAÇÃO PASSIVA).

Verifique a concordância dos dados de identificação do paciente com os dados da Solicitação de Transfusão de Sangue (STS).





## 4. SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE E PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO

*As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor (Portaria nº 158/MS/2016, Art. 169).*

O formulário utilizado no Hospital das Clínicas contém todos os dados exigidos na legislação vigente para hemoterapia (Portaria nº 158/MS/2016, Art. 169, § 1º).

O preenchimento completo e correto da requisição em cumprimento à legislação para hemoterapia, com ênfase para o diagnóstico que justifica a indicação da transfusão, auxilia o Serviço de Agência Transfusional no processo de aquisição e seleção do hemocomponente mais adequado para cada paciente.

***Não serão aceitas pelo serviço de hemoterapia, requisições de transfusão fora dos padrões descritos no § 1º, incompletas, ilegíveis ou rasuradas, salvo situação clinicamente justificável, não eximida da necessidade de coletar as informações obrigatórias na sequência do evento transfusional (Art. 169, § 3º).***

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 5/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

A indicação, a solicitação e a prescrição de transfusão de sangue e hemocomponentes são atribuições médicas. Devem conter nome legível, assinatura ou rubrica e número de registro no Conselho de Classe.

### COMO PROCEDER

1. Preencher o formulário “Solicitação de Transfusão de Sangue” (STS).
2. Digitalizar o mesmo (frente e verso) utilizando o *tablet* (Não enviar como foto para não prejudicar a nitidez).
3. Enviar a STS através de e-mail ([athcpe.covid@gmail.com](mailto:athcpe.covid@gmail.com)) para o Serviço de Agência Transfusional.
4. Ligar para a agência transfusional comunicando o envio do e-mail (ramal 3710).
5. Arquivar a STS original para posterior envio ao Serviço de Agência Transfusional onde será arquivada por 20 (vinte) anos, conforme legislação vigente para hemoterapia.

### 5. COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES IMUNO-HEMATOLÓGICOS





Para o atendimento transfusional a pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19, a coleta da amostra de sangue será realizada pelo médico ou pelo profissional de enfermagem da assistência, no momento em que for decidida a necessidade transfusional ou a reserva de hemocomponentes.

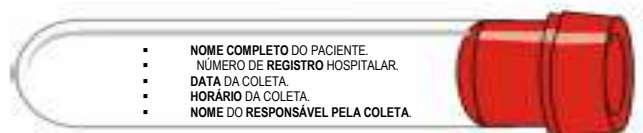
Selecione os tubos para a coleta da amostra de sangue: um tubo sem anticoagulante e sem gel (tampa vermelha com halo preto) e um tubo com anticoagulante EDTA 5% (tampa roxa).

Identifique os tubos com os dados do paciente, quando estiver junto ao mesmo e imediatamente antes de iniciar a coleta da amostra de sangue.

**Escreva** os dados de identificação do paciente **na etiqueta própria do tubo de coleta.**

**DADOS OBRIGATORIOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS TUBOS:** nome completo do paciente (sem abreviatura); número de registro do cartão do hospital; data e horário da coleta e nome do coletador (Não rubricar) (Portaria nº 158/MS/2016, Art. 174).

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 6/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |



**Tubos de amostra de sangue que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pelo Serviço de Hemoterapia (Portaria nº 158/MS/2016, Art. 174, Parágrafo único).**

## 6. VOLUME DA AMOSTRA DE SANGUE A SER COLETADO

|   |       |
|---|-------|
| Tubo de tampa roxa (EDTA 5%).                             | 2 ml. |
| Tubo de tampa vermelha e halo preto (sem anticoagulante). | 4 ml. |

**OBS.:** Para testes imuno-hematológicos pré-transfusionais não usar tubo com gel.

## 7. PREPARO E ENVIO DA AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

- Manusear amostras de sangue após higienizar as mãos, calçar luvas de procedimento e usar demais EPI's pertinentes;
- Colocar os tubos com as amostras de sangue em posição vertical sobre suporte que os mantenha fixos garantindo a conservação das propriedades biológicas do material transportado em caso de acidente (figura 1);
- Colocar o suporte com os tubos de amostras dentro de recipiente impermeável, de paredes rígidas, constituído de material passível de limpeza, secagem e desinfecção (figura 2);
- Colocar gaze ou material absorvente ao redor dos tubos evitando o impacto entre si, caso sejam mais de um, e como proteção em caso de acidente com derramamento de material biológico (figura 3);
- Identificar o recipiente com o nome do Setor de origem (BloCO VIDA) e o símbolo UN3373 (Material Biológico categoria B) (figura 4);
- Enviar a amostra de sangue para a agência transfusional pelo maqueiro.
- O recipiente deve ter tampa e permanecer hermeticamente fechado durante o transporte – figuras 1, 2, 3 e 4;





|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 7/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |



Figura 1.

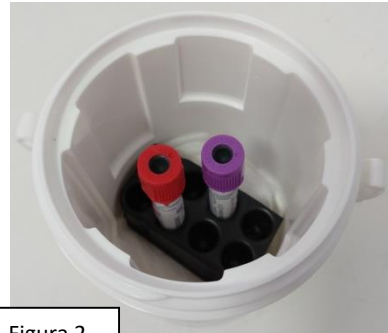


Figura 2.







Figura 3.



Figura 4.

## 8. TRANSPORTE DA AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

1. O transporte da amostra de sangue para a agência transfusional será feito pelo maqueiro após treinamento específico.
2. As amostras de sangue devem ser transportadas em posição vertical, evitando movimentos bruscos.
3. Entregar a amostra de sangue no Serviço de Agência Transfusional (4º andar, vizinho ao Centro Obstétrico – COB) sob protocolo, o mais breve possível após a coleta.
4. Ao chegar ao Serviço de Agência Transfusional, o maqueiro deverá higienizar externamente o recipiente das amostras de sangue com álcool 70% que se encontra na entrada do setor.
5. A amostra será entregue ao profissional do laboratório de imuno-hematologia da agência transfusional, que fará a conferência dos tubos com os dados do paciente registrados na cópia da STS.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 8/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |

## 9. QUANDO COLETAR AMOSTRA DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

Em cumprimento às Boas Práticas em laboratório de imuno-hematologia, as amostras de sangue devem ser coletadas antes de qualquer transfusão de sangue e hemocomponentes.

Quando houver indicação de transfusão de sangue ou hemocomponentes 24h (vinte e quatro horas) após já ter sido realizada uma transfusão, deve ser coletada nova amostra de sangue.

A amostra de sangue que foi coleta para reserva de transfusão ou para transfusão que foi suspensa terá validade de 48h (quarenta e oito horas) para os testes imuno-hematológicos se houver nova indicação transfusional.

## 10. SOLICITAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

A prática transfusional ideal, considerada um tratamento de curto prazo, deve fornecer concentrados de hemácias e demais hemocomponentes suficientes para maximizar os efeitos clínicos evitando transfusões desnecessárias.

A solicitação de transfusão de sangue e/ou hemocomponentes proveniente do BloCO ViDa, deve conter além do diagnóstico de base, o quadro clínico que justifica a indicação da transfusão e o diagnóstico Covid-19 (por exemplo, anemia sintomática + mieloma múltiplo + Covid-19).





A prescrição deve fazer referência quanto ao quantitativo de unidades de hemocomponentes a ser transfundido; ao intervalo das transfusões, quando pertinente; e ao tempo máximo de transfusão a depender de comorbidades, do estado clínico e idade do paciente.

## 11. ENVIO DO HEMOCOMPONENTE PELO SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL E RECEPÇÃO PELO BLOCOVIDA

### Procedimento pela Agência Transfusional

1. O profissional de enfermagem do Serviço de Agência Transfusional preenche o formulário para registro de transfusão com os dados do paciente e os dados da bolsa de hemocomponente (em duas vias) e também preenche os dados da etiqueta autocolante.
2. O enfermeiro liga para o BloCO ViDa (ramal 3948) certificando-se se há prescrição medicamentosa pré-transfusional ou se já pode levar o produto.
3. O técnico de enfermagem leva o hemocomponente com o equipo de transfusão (transfuso), a etiqueta autocolante e as duas vias do formulário para registro da transfusão.



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 9/22  |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |

- O técnico de enfermagem registra a entrega nominal em uma das vias do formulário para registro da transfusão e anexa à cópia da STS ao chegar à agência transfusional.





#### **Procedimento pelo profissional do BloCO VIDA**

- O profissional específico do BloCO VIDA recebe o hemocomponente, uma via do formulário para registro de transfusão e a etiqueta autocolante.
- Confere os dados dos registros e da bolsa de hemocomponente com ênfase para o nome e o registro do paciente, a tipagem sanguínea ABO/RhD (e demais fenotipagem eritrocitária, quando indicado) e o resultado da prova cruzada, quando pertinente.
- Cola a etiqueta na bolsa de hemocomponente.
- Se identifica para o profissional da agência transfusional (nome e função).
- Providencia a agilização na administração do hemocomponente.

## **12. ATO TRANSFUSIONAL**

#### **Atribuições do profissional transfusionista da assistência**

- Verificar e conferir os dados do paciente e do tipo de hemocomponente com a prescrição médica;
- Verificar a prescrição e administrar medicação pré-transfusional, quando indicado;
- Realizar a identificação ativa e/ou a identificação passiva do paciente;
- Aferir os sinais vitais e registrar no formulário para registro de transfusão;
- Abrir a lingueta da bolsa e inserir o equipo de transfusão (transfuso), cuidadosamente;
- Selecionar a veia, realizar a assepsia do local e proceder a punção venosa;
- Iniciar o controle da velocidade de infusão (gotejamento);
- Permanecer junto ao paciente nos primeiros 10 (dez) minutos após o início da transfusão;
- Aferir os sinais vitais após 10 (dez) minutos do início da transfusão;
- Fazer os registros pertinentes.
- Monitorizar a transfusão (controle de gotejamento e do tempo máximo de infusão preconizado para cada tipo de hemocomponente);
- Monitorizar o paciente durante a transfusão (alterações clínicas, sinais, sintomas,

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 10/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

queixas);

- Aferir os sinais vitais ao término da transfusão;
- Fazer os registros pertinentes no formulário próprio para registro de transfusão.
- Arquivar o formulário para registro de transfusão no prontuário.





A **VERIFICAÇÃO** e a **CONFERÊNCIA** dos **dados do paciente, de todos os itens do processo hemoterápico e de todos os registros**, assim como o **seguimento das boas práticas** para o atendimento transfusional **previnem erros clericais** (troca de paciente durante a coleta de amostra de sangue; troca na identificação e etiquetagem da amostra de sangue; troca de paciente ou da bolsa de sangue e de hemocomponentes no momento da transfusão).

### 13. HEMOCOMPONENTES PARA PACIENTE ADULTO

O quantitativo de unidades e o intervalo das transfusões de hemocomponentes (concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado) dependem do diagnóstico, dos sinais e sintomas indicativos de necessidade transfusional, da evolução clínica do paciente e da meia vida da plaqueta e fatores de coagulação norteados pelo controle laboratorial e não, exclusivamente com base nos índices hematimétricos e do coagulograma.

#### Quadro 1 Como administrar concentrado de hemácias

| <b>CONCENTRADO DE HEMÁCIAS</b>             |   |                            |
|--|---|----------------------------|
| <b>Prescrição:</b>                         | Em unidades   |                            |
| <b>Via de administração:</b>               | Intravenosa (IV)  |                            |
| <b>Tempo máximo de transfusão:</b>         | 4 horas   |                            |
| <b>Intervalo de administração:</b>         | - Seguidas, no choque hemorrágico;<br>- Uma a uma, a depender do quadro clínico e laboratorial. |                            |
| <b>Quadro clínico</b>                      | <b>Velocidade de infusão</b>  | <b>Tempo de Transfusão</b> |
| Paciente jovem, estável hemodinamicamente: | - Iniciar com 1 a 2 ml/min;<br>- Após 15 min → 4 ml/min.  | 2 a 3 horas                |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 11/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |

|  |   |             |
|--|---|-------------|
| Paciente com cardiopatia congestiva, ou hipertensão, ou insuficiência renal, ou idoso. | 1 ml / Kg / hora.   | 3 a 4 horas |
| Choque hemorrágico.  | Pinça aberta.   | –           |
| Na Anemia hemolítica auto-imune (Hb ≤ 5,0 g/dl).                                       | Unidade fracionada pela agência transfusional (200 ml + 200 ml).<br>1 ml / Kg / hora. | 3 a 4 horas |

Fonte: Adaptado do *AABB Technical Manual*

Na dependência do tipo de sangramento (volume e localização) e da contagem de plaquetas pode ser necessária somente uma dose de concentrado de plaquetas ou duas doses ao dia para a reversão do quadro. Para sangramentos de sistema nervoso central, oftalmológico ou pulmonar, é recomendada a transfusão com intervalo de 8 horas até estabilização do sangramento.

A transfusão profilática de concentrado de plaquetas deverá ser realizada cerca de 30 minutos a 2 horas antes do procedimento invasivo ou cirurgia.





## Quadro 2 Como administrar concentrado de plaquetas

| <b>CONCENTRADO DE PLAQUETAS</b>    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Prescrição:</b>                 | 1 unidade / 10 Kg de peso corporal (média de 6 a 7 unidades no paciente adulto/dose) |
| <b>Via de administração:</b>       | Intravenosa (IV)   |
| <b>Tempo máximo de transfusão:</b> | 2 horas  |
| <b>Intervalo de administração:</b> | A depender do tipo de sangramento e da contagem de plaquetas                         |
| <b>Velocidade de infusão:</b>      | - Iniciar com 2 a 5 ml/min;<br>- Após 15 min → 5ml/min.                              |

Fonte: Adaptado do *AABB Technical Manual*

A indicação terapêutica e o intervalo de administração de plasma fresco congelado em sangramento por distúrbio de coagulação são norteados pela meia vida do fator de coagulação que se quer repor.

A transfusão profilática de plasma fresco congelado deverá ser realizada cerca de 30 minutos a 2 horas antes do procedimento invasivo ou cirurgia.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 12/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

### Quadro 3 Como administrar plasma fresco congelado

| <b>PLASMA FRESCO CONGELADO</b>     |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Prescrição:</b>                 | 10 a 15 ml/Kg de peso corporal<br>(ou 1U/20 Kg de peso corporal)                    |
| <b>Via de administração:</b>       | Intravenosa (IV).   |
| <b>Tempo máximo de transfusão:</b> | 2 horas.  |
| <b>Intervalo de administração:</b> | A depender da meia vida do fator de coagulação, de 4/4, 6/6, 8/8 ou de 12/12 horas. |
| <b>Velocidade de infusão:</b>      | - Iniciar com 2 a 5 ml/min;<br>- Após 15 min → 5ml/min.                             |

Fonte: Adaptado do *AABB Technical Manual*

O crioprecipitado terá indicação na hipofibrinogenemia congênita ou adquirida (coagulação intravascular disseminada ou hemodiluição em transfusão maciça) e vigência de sangramento ativo já em uso de plasma fresco congelado e dosagem de fibrinogênio igual ou menor que 100 mg/dl.





### Quadro 4 Como administrar crioprecipitado

| <b>CRIOPRECIPITADO</b>             |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Prescrição:</b>                 | 1 unidade / 10 Kg de peso corporal<br>(média de 6 a 7 unidades no paciente adulto/dose)         |
| <b>Via de administração:</b>       | Intravenosa (IV)  |
| <b>Tempo máximo de transfusão:</b> | 2 horas   |
| <b>Intervalo de administração:</b> | A depender do sangramento e dosagem do fibrinogênio.<br>(Meia vida do fibrinogênio = 150 horas) |
| <b>Velocidade de infusão:</b>      | - Iniciar com 2 a 5 ml/min;<br>- Após 15 min → pinça aberta.                                    |

Fonte: Adaptado do *AABB Technical Manual*

#### LEMBRAR:

- Nunca perfurar nem pressionar a bolsa de hemocomponente para aumentar a velocidade de infusão;

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 13/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |

- Nunca adicionar à bolsa de hemocomponente qualquer tipo de solução ou medicamento;
- Nunca remover etiqueta e rótulo da bolsa ao término da transfusão;
- Nunca transfundir hemocomponente sem o equipo específico para transfusão;
- Nunca instalar outros fluidos no mesmo acesso venoso utilizado para a transfusão;
- Nunca colocar o hemocomponente debaixo de torneira nem dentro de recipiente com água, seja quente ou fria;
- Antes do início da transfusão, o concentrado de hemácias não permanecerá à temperatura ambiente por mais de 30 minutos, devendo ser recolocado imediatamente em temperatura adequada de armazenamento, ou deverá ser descartado (Portaria nº 158/MS/2016, Art. 193, §1º, §2º).

#### 14. DISPOSITIVOS PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

##### a) Concentrado de hemácias:

- Jelco 18 G ou Escalpe 19 G.

Podem ser usados na transfusão seguida de vários hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas e crioprecipitado).

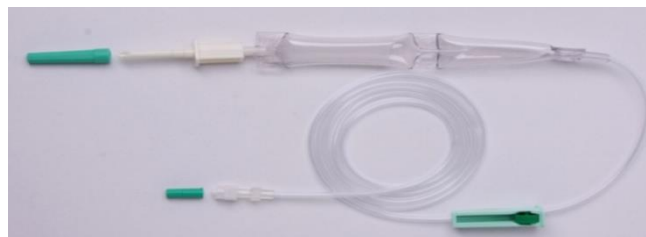
##### b) Plasma fresco congelado, ou crioprecipitado ou concentrado de plaquetas:

- Jelco 20G ou Escalpe 21G.





Em cateter central de duplo ou triplo lúmen, a transfusão deverá ser administrada na via distal.

#### 15. EQUIPO PARA INFUSÃO DE SANGUE

Deve ser único para cada bolsa de hemocomponente.



Composto de câmara dupla (uma delas com filtro de 170µ a 260µ, não específico, com finalidade de reter coágulos e fibrina durante a transfusão) e de pinça rolete para controle de gotejamento.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 14/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020  | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |
|   |   |   | Versão: 2   |   |

## 16. HEMOVIGILÂNCIA

*“Mesmo quando bem indicada, com administração correta e respeitando todas as normas técnicas preconizadas, a Terapia Transfusional envolve risco sanitário com a ocorrência potencial de incidentes do ciclo do sangue ou da interação entre o receptor e o sangue ou hemocomponente, um produto biologicamente ativo”* (Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil – ANVISA, 2015).

Na suspeita ou confirmação de reação transfusional, a transfusão será interrompida imediatamente.

O médico será chamado para diagnóstico diferencial, iniciar suporte clínico e condutas pertinentes (Consultar o Manual de Condutas nas Reações Transfusionais).

Visando diagnosticar possibilidade de reação transfusional imediata, a monitorização do paciente internado submetido à transfusão de sangue ou hemocomponentes deve ser mantida por 24 horas.

A transferência do paciente em hemotransfusão deverá ter acompanhamento do médico e do enfermeiro com medicações para o caso de reação transfusional.

## 17. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução – RDC nº 34, de 11 de junho 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.





MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 158/MS, de 04 de fevereiro de 2016 – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

Manual de Vigilância Sanitária para o Transporte de Sangue e Componentes no âmbito da hemoterapia, 2ª edição, ANVISA, 2016.

Portaria de Consolidação MS-GM nº 05, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo IV – do sangue, componentes e derivados (Origem: PRT MS/GM 158/2016).

AABB Technical Manual, 19<sup>th</sup> edition. Edited by Mark K. Fung, MD, PhD; Anne F. Eder, MD, PhD; Steven L. Spitalnik, MD; and Connie M. Westhoff, PhD, MT (ASCP)SBB, Bethesda, Maryland, 2017.

Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Hepatologia para COVID-19, em 22/03/2020.





|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 15/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

## 18. HISTÓRICO DE REVISÃO

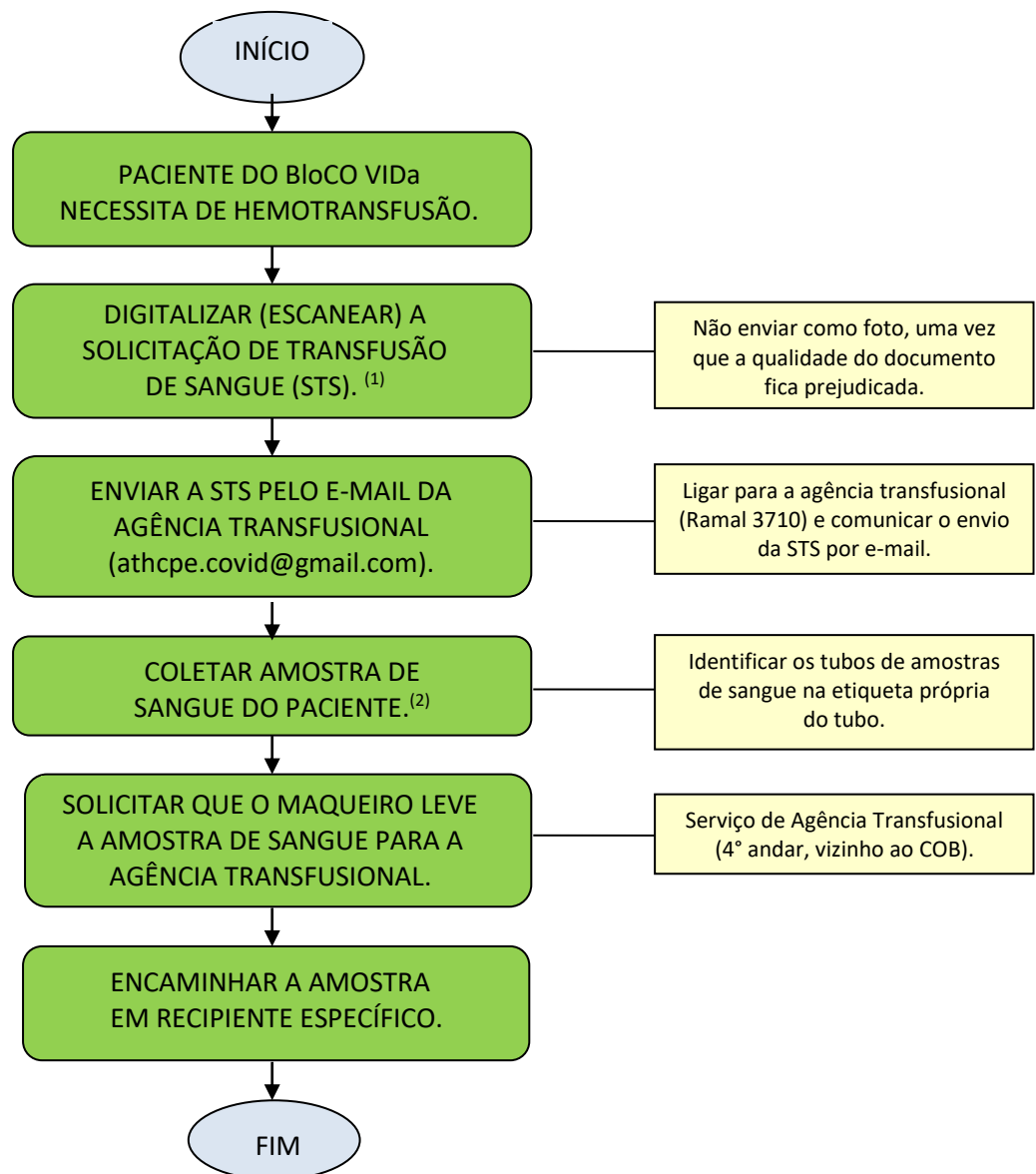
| VERSÃO | DATA       | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO  |
|--------|------------|---|
| 2      | 11/05/2020 | Fluxogramas e orientações como solicitar, preencher e enviar a requisição de transfusão; sobre envio pela agência transfusional do hemocomponente e recepção no BloCO VIDA; e sobre o transporte e validade da amostra de sangue. |

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Elaboração/ Revisão</b><br>Irmgard Maria Buhr – Chefe do Serviço de Agência Transfusional<br>Gabriella Maria de Brito Farias – Enfermeira da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais  | Data 11/05/2020 |
| <b>Análise</b><br>Lúcia de Fátima Nunes Freitas - Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico<br>Andréza Cavalcanti Correia Gomes - Chefe do Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde<br>Adélia Cristina Monteiro Pereira Maciel - Chefe da Unidade de Gerenciamento dos Riscos Assistenciais | Data 11/05/2020 |
| <b>Validação</b><br>Renata Tenório de Barros<br>Escritório da Qualidade  | Data 14/05/2020 |
| <b>Aprovação</b><br>Luiz Alberto Reis Mattos Junior<br>Superintendente   | Data 14/05/2020 |

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.®  
2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados  
www.Ebserh.gov.br*

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 16/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |





**Anexo 01 – Fluxograma para solicitar transfusão de hemocomponentes no BloCO VIDA e envio da STS e da amostra de sangue**



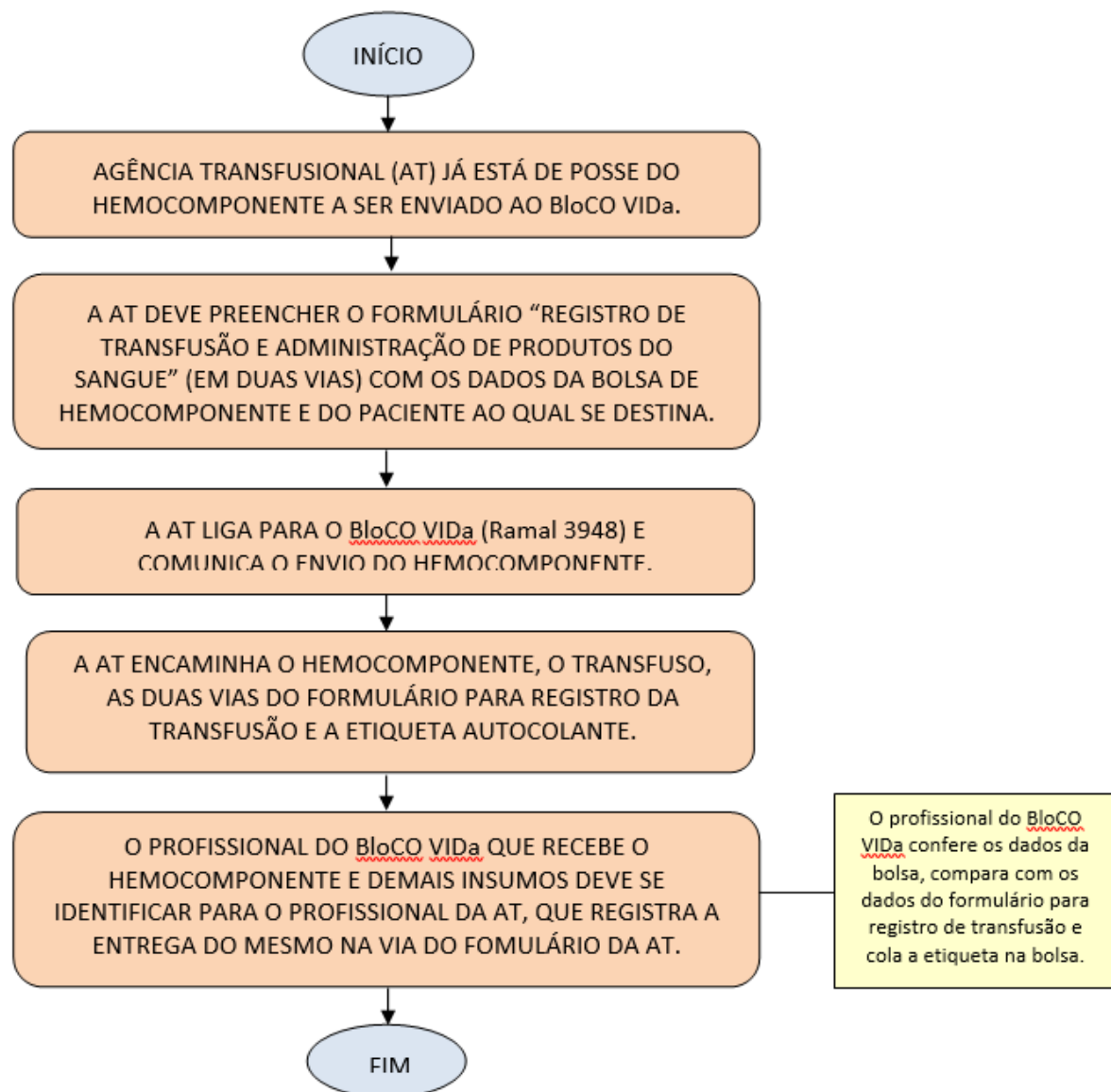
(1) O nome e o CRM do médico devem estar legíveis na cópia da STS.

(2) As especificações sobre a coleta de amostra de sangue, o envio da Solicitação de Transfusão de sangue (STS) e da amostra de sangue para a agência transfusional estão no texto do manual.







|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 17/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

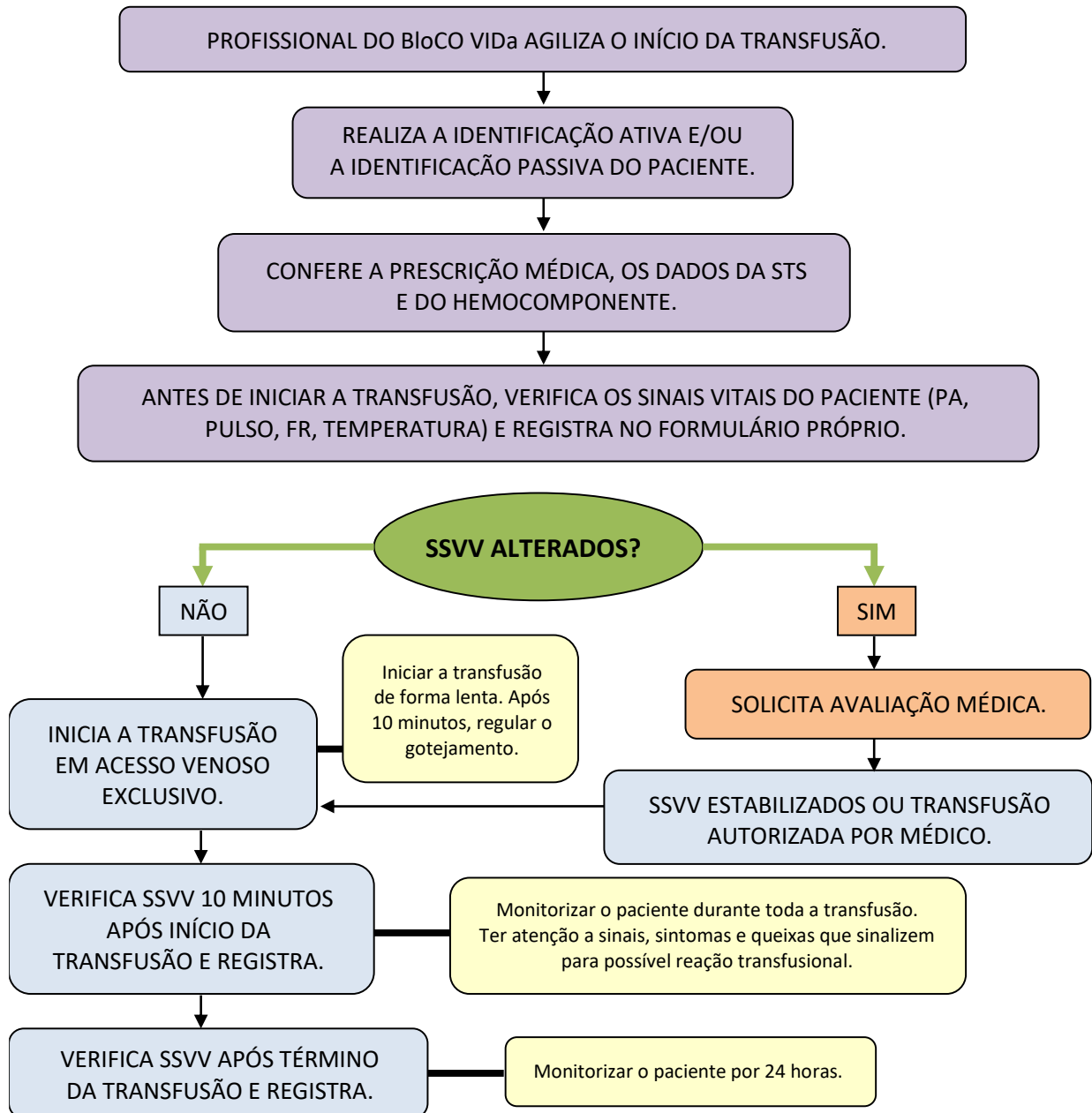
## Anexo 02 – Fluxograma para envio de hemocomponentes pela agência transfusional e recepção pelo BloCO VIDA







- (1) As especificações de fluxo no momento da entrega do produto no BloCO VIDA ficam a critério dos respectivos setores, que devem viabilizá-lo.
- (2) A entrega dos hemocomponentes será realizada na entrada de serviço do BloCO VIDA.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 18/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

**Anexo 03 – Fluxograma para iniciar a transfusão no BloCO VIda**







Fonte: SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EBSERH-UFPE, 2020.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 19/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

### Anexo 04 – Modelo de Solicitação de Transfusão de Sangue (STS) (frente e verso)

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
|   | <b>SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE – STS.<br/>SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b> |                              |         |
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:</b>   |  |                              |  |
| PACIENTE (Nome completo):  |  |                              |  |
| REGISTRO:  |  | CNS:                         |  |
| MÃE (Nome completo):   |  |                              |  |
| DATA DE NASCIMENTO:  | IDADE:   | SEXO:                        | PESO:  |
| CLÍNICA / LOCALIZAÇÃO:   | ENFERMARIA:  | ALA:                         | LEITO:   |
|  |  |                              | HOSPITAL-DIA:<br><input type="checkbox"/>  |
| <b>2. DIAGNÓSTICO:</b>   |  |                              |  |
| <b>3. DADOS LABORATORIAIS:</b>   |  |                              |  |
| Hb _____ g/dl Ht _____ CP _____ /mm <sup>3</sup> TP/INR _____ TTPA _____ Fibrinogênio _____ mg/dl.   |  |                              |  |
| <b>4. HISTÓRICO TRANSFUSIONAL/GESTACIONAL:</b>   |  |                              |  |
| ANTECEDENTES TRANSFUSIONAIS:   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> IGNORADO  |
| DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO:   | ____ / ____ / ____   |                              |  |
| ANTECEDENTES GESTACIONAIS:   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> IGNORADO  |
| DATA DA ÚLTIMA GESTAÇÃO/ABORTO:  | __ / __ / __   |                              |  |
| REAÇÃO TRANSFUSIONAL:  | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> IGNORADO  |
| TIPO DE REAÇÃO:  |  |                              |  |
| USA CH FENOTIPADO:   | <input type="checkbox"/> SIM   | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> IGNORADO  |
| QUAIS FENÓTIPOS:   |  |                              |  |
| <b>5. HEMOCOMPONENTE SOLICITADO PARA TRANSFUÇÃO:</b><br>(TIPO / QUANTIDADE / VOLUME / INTERVALO / TOTAL DE UNIDADES)   |  |                              | <input type="checkbox"/> RESERVA TRANSFUÇÃO.<br><input type="checkbox"/> RESERVA CIRURGIA. |
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS  |  |                              |  |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |  |                              |  |
| PLASMA FRESCO CONGELADO  |  |                              |  |
| CRIOPRECIPITADO  |  |                              |  |
| <b>6. RESERVA CIRÚRGICA.</b> DATA: ____ / ____ / 20____. HORA: ____ : ____ h.  |  |                              |  |
| <b>7. MODALIDADE DA TRANSFUÇÃO:</b>  |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> URGENTE (a se realizar dentro de 3 horas). <input type="checkbox"/> ROTINA (a se realizar dentro de 24 horas).  |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> TRANSFUÇÃO PROGRAMADA. DATA: ____ / ____ / 20____. HORA: ____ : ____ h.   |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA (transfusão sem prova cruzada tendo em vista as condições clínicas do paciente não permitirem qualquer retardo na administração da transfusão). <b>O médico assistente deve assinar o termo de responsabilidade.</b>   |  |                              |  |
| DATA: ____ / ____ / 20____. HORA: ____ : ____ h. Assinatura e carimbo do Médico solicitante: _____.  |  |                              |  |
| <b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b>   |  |                              |  |
| <input type="checkbox"/> Declaro estar ciente dos riscos transfusionais para o(a) paciente que está sob minha responsabilidade médica por não serem realizados os testes pré-transfusionais, uma vez que as condições clínicas do(a) paciente não permitem demora na liberação do(s) hemocomponente(s) solicitado(s).<br><input type="checkbox"/> Autorizo a transfusão de hemocomponente heterogrupo compatível devido à falta de isogrupo no estoque.<br>Hemocomponente _____ . Tipagem sanguínea _____ .<br><input type="checkbox"/> Autorizo a transfusão de concentrado(s) de hemácias com resultado "incompatível" na prova cruzada, definido(s) e selecionado(s) pelo Médico hemoterapeuta do Serviço de Hemoterapia do Hospital das Clínicas/Ebserh/UFPE, tendo em vista o problema imuno-hematológico apresentado pelo(a) paciente.<br>Data: ____ / ____ / 20____. Assinatura e carimbo do Médico Assistente: _____ . |  |                              |  |
| <b>"Requisições incompletas, rasuradas ou ilegíveis não serão aceitas pela UT" - Portaria nº 158/MS/2016, seção X, Art. 169, § 2º.</b>   |  |                              |  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 20/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |





| USO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL.  |                            |  |   |         |  |   |    |  |     |     |             |  |
|---|----------------------------|--|---|---------|--|---|----|--|-----|-----|-------------|--|
| RECEPÇÃO DA STS:  |                            | RECEPÇÃO DA AMOSTRA:   |   |         | RECEPÇÃO DO SEGMENTO:  |   |    | LIBERAÇÃO DA PROVA CRUZADA:                                  |     |     |             |  |
| Data: ____ / ____ / 20____<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica:  |                            | Data: ____ / ____ / 20____<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica: |   |         | Data: ____ / ____ / 20____<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica: |   |    | Data: ____ / ____ / 20____<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica: |     |     |             |  |
| FENOTIPAGEM ABO e RhD / PAI / TAD:  |                            |  | ANTICORPO(S) ERITROCITÁRIO(S):                                |         |  | FENOTIPAGEM ERITROCITÁRIA:<br>(RH, KELL, KIDD, DUFFY, Outros sistemas). |    |  |     |     |             |  |
| ABO/RhD (carimbo):<br>PAI:<br>TAD:<br>Data: ____ / ____ / 20____.<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica: |                            |  | Data: ____ / ____ / 20____.<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica: |         |  | Data: ____ / ____ / 20____.<br>Hora: ____:____ h.<br>Rubrica:           |    |  |     |     |             |  |
| Produto:  | Fenotipagem (antíg. Neg.): | Nº segmento:   | Código de barras:   | ABO/Rh: | Validade:  | PROVA CRUZADA:  |    |  |     |     | Assinatura: |  |
|   |                            |  |   |         |  | SAL   | TA | 37°C   | AGH | GEL | TUBO        |  |
|   |                            |  |   |         |  |   |    |  |     |     |             |  |
|   |                            |  |   |         |  |   |    |  |     |     |             |  |
|   |                            |  |   |         |  |   |    |  |     |     |             |  |
|   |                            |  |   |         |  |   |    |  |     |     |             |  |

OBSERVAÇÕES/ORIENTAÇÕES DE IMUNO-HEMATOLOGIA:



**USO EXCLUSIVO DO TRANSFUSIONISTA**





|  |  |
|--|--|
| <b>Produto:</b> CHD  | <b>Produto:</b>  |
| ABO/RhD: O POSITIVO  | ABO/RhD:   |
| Fenotipagem (antíg. neg.):   | Fenotipagem (antíg. neg.):   |
| Volume: 340 ml   | Volume:  |
| Nº do segmento: L1234567   | Nº do segmento:  |
| Código da bolsa: 02763458-1  | Código da bolsa:   |
| Lote do hemoderivado:  | Lote do hemoderivado:  |
| Validade: 30/04/2020.  | Validade:  |
| Quantidade de FA:  | Quantidade de FA:  |
| SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO: TA ____°C.<br>PA ____x____ mm Hg, FC ____ bpm, FR ____ rpm.                    | SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO: TA ____°C.<br>PA ____x____ mm Hg, FC ____ bpm, FR ____ rpm.                    |
| SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUSÃO: TA ____°C. PA ____x____ mm Hg, FC ____ bpm, FR ____ rpm. | SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUSÃO: TA ____°C. PA ____x____ mm Hg, FC ____ bpm, FR ____ rpm. |
| Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.   | Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  | <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |
| Responsável:   | Responsável:   |

Fonte: SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EBSERH-UFPE, 2020.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 21/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

**Anexo 05 – Modelo de Formulário para Registro de Transfusão de Sangue (frente e verso).**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|   | <b>REGISTRO DE TRANSFUÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE PRODUTOS DO SANGUE.</b> |  |  |
| <b>PACIENTE:</b>   |  |  |   |
| <b>REGISTRO:</b>   | <b>FENOTIPAGEM ABO / RhD:</b>  | <b>FENOTIPAGEM ERITROCITÁRIA:</b> (RH, KELL, KIDD, DUFFY, OUTROS SISTEMAS).  |   |
| <b>PRODUTO:</b>  |  | <b>PRODUTO:</b>  |   |
| ABO/RhD:   |  | ABO/RhD:   |   |
| Fenotipagem (antig. neg.):   |  | Fenotipagem (antig. neg.):   |   |
| Volume:  |  | Volume:  |   |
| Nº do segmento:  |  | Nº do segmento:  |   |
| Código da bolsa:   |  | Código da bolsa:   |   |
| Lote do hemoderivado:  |  | Lote do hemoderivado:  |   |
| Validade:  |  | Validade:  |   |
| Quantidade de FA:  |  | Quantidade de FA:  |   |
| <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____°C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |  | <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____°C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |   |
| Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |  | Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |   |
| <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____°C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |  | <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____°C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |  | <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |   |
| Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |  | Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |   |
| Responsável:   |  | Responsável:   |   |
| <b>PRODUTO:</b>  |  | <b>PRODUTO:</b>  |   |
| ABO/RhD:   |  | ABO/RhD:   |   |
| Fenotipagem (antig. neg.):   |  | Fenotipagem (antig. neg.):   |   |
| Volume:  |  | Volume:  |   |
| Nº do segmento:  |  | Nº do segmento:  |   |
| Código da bolsa:   |  | Código da bolsa:   |   |
| Lote do hemoderivado:  |  | Lote do hemoderivado:  |   |
| Validade:  |  | Validade:  |   |
| Quantidade de FA:  |  | Quantidade de FA:  |   |
| <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____°C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |  | <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____°C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |   |
| Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |  | Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |   |
| <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____°C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |  | <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____°C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |   |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |  | <b>OBSERVAÇÕES:</b>  |   |
| Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |  | Data: ____/____/20____. Hora: ____:____ h.   |   |
| Responsável:   |  | Responsável:   |   |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |              |  | Hospital das Clínicas<br>Prof. Romero Marques<br>Universidade Federal de Pernambuco |  |
| Tipo do Documento   | <b>MANUAL</b>   |   | MA.SAT.001 – Página 22/22   |   |
| Título do Documento   | <b>MANUAL DE ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.</b> |   | Emissão:<br>14/05/2020<br>Versão: 2   | Próxima revisão:<br>14/05/2022  |

|   |   |
|---|---|
| <b>PRODUTO:</b>   | <b>PRODUTO:</b>   |
| ABO/RhD:  | ABO/RhD:  |
| Fenotipagem (antíg. neg.):  | Fenotipagem (antíg. neg.):  |
| Volume:   | Volume:   |
| Nº do segmento:   | Nº do segmento:   |
| Código da bolsa:  | Código da bolsa:  |
| Lote do hemoderivado:   | Lote do hemoderivado:   |
| Validade:   | Validade:   |
| Quantidade de FA:   | Quantidade de FA:   |
| <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____ °C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       | <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____ °C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |
| Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  | Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  |
| <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____ °C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. | <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____ °C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>   | <b>OBSERVAÇÕES:</b>   |
|   |   |
| Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  | Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  |
| Responsável:  | Responsável:  |
| <b>PRODUTO:</b>   | <b>PRODUTO:</b>   |
| ABO/RhD:  | ABO/RhD:  |
| Fenotipagem (antíg. neg.):  | Fenotipagem (antíg. neg.):  |
| Volume:   | Volume:   |
| Nº do segmento:   | Nº do segmento:   |
| Código da bolsa:  | Código da bolsa:  |
| Lote do hemoderivado:   | Lote do hemoderivado:   |
| Validade:   | Validade:   |
| Quantidade de FA:   | Quantidade de FA:   |
| <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____ °C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       | <b>SINAIS VITAIS PRÉ-PROCEDIMENTO:</b> TA ____ °C.<br>PA ____ x ____ mm Hg. FC ____ bpm. FR ____ rpm.                       |
| Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  | Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  |
| <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____ °C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. | <b>SINAIS VITAIS 10 MINUTOS APÓS O INÍCIO DA TRANSFUÇÃO:</b> TA ____ °C. PA ____ x ____ mm Hg.<br>FC ____ bpm. FR ____ rpm. |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>   | <b>OBSERVAÇÕES:</b>   |
|   |   |
| Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  | Data: ____ / ____ / 20____. Hora: ____:____ h.  |
| Responsável:  | Responsável:  |

Fonte: SERVIÇO DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EBSERH-UFPE, 2020.