



HOSPITAL SÃO PAULO
SPDM-ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Sistema de Gestão da Qualidade



FLUXO DE TERAPIA TRANSFUSIONAL PARA AS UNIDADES ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 13/07/2015

Validade: 1 ano

Versão: 04

UI, UTI,
PS, CC e
AMB.

Prescrever Hemocomponentes + Preencher <i>Ficha Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes</i> ¹ .	(Médico)
Coletar amostra de sangue do paciente e identificar corretamente o tubo da amostra.	(Profissional de Enfermagem)
Entregar a amostra de sangue e a <i>Ficha Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes na Agência Transfusional (A.T.)</i>	(Contínuo; Aux./Assist. Adm.; Prof. Enfermagem; Médico)
Contatar (telefone) a A.T. para informar-se sobre a liberação da(s) bolsa(s).	(Prof. de Enfermagem)
Bolsa pronta: Preencher a <i>Ficha de Interconsulta</i> ³ com os dados obrigatórios e colar a etiqueta (adesiva) de identificação do paciente (nome e RH) nesta <i>Ficha</i> .	(Prof. de Enfermagem)
Solicitar um responsável para retirada da(s) bolsas na A.T.	(Prof. de Enfermagem)
Dirigir-se à A.T. levando a <i>Ficha de Interconsulta</i> .	(Responsável = Contínuo; Aux./ Assist. Adm; Prof. Enferm. ; Médico)



Agência
Transfu-
sional /
A.T.

Solicitar a(s) bolsa(s), entregando à recepcionista da A. T. a <i>Ficha de Interconsulta</i> .	(Contínuo; Aux./Assist. Adm.; Prof. Enfermagem; Médico)
Entregar a(s) bolsa(s) solicitada(s) + assinar as 2 vias da <i>Ficha RT</i> e a <i>Ficha de Interconsulta</i> .	(Recepcionista da A.T.)
Conferir os dados ao receber a(s) bolsa(s) + Preencher o nome e assinar as 2 vias da <i>Ficha RT</i> + Acondicionar a(s) bolsa(s) na caixa térmica (rígida). (Obs: a 1ª via da <i>Ficha RT</i> fica na Agência Transfusional)	(Responsável = Contínuo; Aux./ Assist. Adm; Prof. Enferm.; Médico)
Transportar até a unidade assistencial + Entregar a(s) bolsa(s) e 2ª via da <i>Ficha RT</i> ao enfermeiro da unidade.	(Responsável = Contínuo; Aux./ Assist. Adm; Prof. Enferm.; Médico)



Não assinar se os dados não estiverem corretos!



UI, UTI,
PS, CC e
AMB.

Checar os dados do paciente: na *Ficha RT* e na(s) etiqueta(s) da(s) bolsa(s) + Anotar as checagens no verso da RT + Iniciar o procedimento.

(Enfermeiro)

Checar os dados do paciente + Proceder a infusão dos hemocomponentes no paciente + Monitorar os sinais vitais e reações e anotar na RT + Realizar devidos registros no prontuário do paciente e anexar *Ficha RT*.

(Prof. de Enfermagem e/ou Anestesiologista)

Após término da infusão: realizar o descarte da(s) bolsas(s) na unidade

(Prof. de Enfermagem e/ou Anestesiologista)

Em caso de reação: comunicar ao médico responsável + Colher nova amostra de sangue do paciente + Preencher a *Ficha de Incidentes Transfusionais*⁴.

(Prof. de Enfermagem/ Médico)

Encaminhar à A.T.: a(s) bolsa(s) utilizada(s), junto com a *Ficha de Incidentes Transfusionais* preenchida e a amostra de sangue colhida.

(Prof. de Enfermagem)



Realizar checagem por 2 profissionais distintos !



Na ocorrência de Eventos Adversos, INTERROMPER a infusão!



NOTIFICAR toda e qualquer reação!

 **POPS e processos internos específicos**

OBSERVAÇÕES

- 1) Os tubos com as amostras de sangue devem ser rotulados no momento da coleta, com o nome completo do receptor sem abreviaturas, RH, identificação de quem coletou e data da coleta. Tubos que não estejam corretamente identificados não serão aceitos pela Agência Transfusional.
- 2) Para as unidades de internação e de terapia intensiva, a Agência Transfusional libera somente 1 (uma) bolsa de hemácia por vez, sendo assim, para a retirada das demais bolsas o responsável deve dirigir-se à Agência portando a "Ficha de Interconsulta" com os dados do paciente devidamente preenchidos. Exceção feita ao Centro Cirúrgico e ao Pronto Socorro (em situações específicas) que podem ser retiradas várias bolsas de uma só vez;
- 3) Os tipos de infusão referem-se a:
 - **EMERGÊNCIA ABSOLUTA** - atendimento de imediato; quando o retardo na administração da transfusão pode acarretar risco à vida do paciente (necessária Ficha de Co-responsabilidade).
 - **URGÊNCIA** - a se realizar dentro de 3 hs.
 - **ROTINA** – para realização de transfusões rotineiras nas unidades. As solicitações de hemocomponentes devem chegar até as 11h00 na A. T., para que as bolsas sejam liberadas até as 14h00 do mesmo dia. Passando deste horário, as bolsas serão liberadas somente no dia seguinte.
 - **PROGRAMADA** - com dia e hora marcada, p. ex. para cirurgias agendadas ou transfusões ambulatoriais.

FORMULÁRIOS

1. Ficha de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes

REQUISICÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

NO NOME DESTA SE A QUANTIDADE SOLICITADA CONFORMAR SEU NÍVEL DE HEMOGLOBINA

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____

Localidade: _____

Profissão: _____

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Transfusão Anterior: Sim Não

Indicação: _____

Quantidade Solicitada: _____

Para uso do Hemocentro:

Quantidade	Indicação	Resposta
100ml		
200ml		
300ml		
400ml		
500ml		
600ml		
700ml		
800ml		
900ml		
1000ml		

Procedimentos realizados na Hemocentro do Paciente:

Sangue Coado ABO / Rh Testado Filtro Citobactericida

Sangue Processado ABO Liofilado Case Fino

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) Fatorizado Fatorizado

Pesquisa de Anticorpos Direta (PAD) Outros _____

2. Ficha de Requisição Transfusional (RT)

HOSPITAL SÃO PAULO - HEMOCENTRO

REQUISICÃO DE TRANSFUÇÃO - R.T. Nº: 513367

Nome: HEP. SPINAZZI BUS

Endereço: Rua: _____

Localidade: _____

Profissão: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Indicação: _____

Quantidade Solicitada: _____

Para uso do Hemocentro:

Quantidade	Indicação	Resposta
100ml		
200ml		
300ml		
400ml		
500ml		
600ml		
700ml		
800ml		
900ml		
1000ml		

Procedimentos realizados na Hemocentro do Paciente:

Sangue Coado ABO / Rh Testado Filtro Citobactericida

Sangue Processado ABO Liofilado Case Fino

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) Fatorizado Fatorizado

Pesquisa de Anticorpos Direta (PAD) Outros _____

HOSPITAL SÃO PAULO - HEMOCENTRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Conferência de Transfusão - Antes de Instalar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____

Localidade: _____

Profissão: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Indicação: _____

Quantidade Solicitada: _____

Para uso do Hemocentro:

Quantidade	Indicação	Resposta
100ml		
200ml		
300ml		
400ml		
500ml		
600ml		
700ml		
800ml		
900ml		
1000ml		

Procedimentos realizados na Hemocentro do Paciente:

Sangue Coado ABO / Rh Testado Filtro Citobactericida

Sangue Processado ABO Liofilado Case Fino

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) Fatorizado Fatorizado

Pesquisa de Anticorpos Direta (PAD) Outros _____

3. Ficha de Interconsulta

HOSPITAL SÃO PAULO

SPOM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

PEDIDO DE INTERCONSULTA

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Localidade: _____

Profissão: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Indicação: _____

Quantidade Solicitada: _____

Para uso do Hemocentro:

Quantidade	Indicação	Resposta
100ml		
200ml		
300ml		
400ml		
500ml		
600ml		
700ml		
800ml		
900ml		
1000ml		

Procedimentos realizados na Hemocentro do Paciente:

Sangue Coado ABO / Rh Testado Filtro Citobactericida

Sangue Processado ABO Liofilado Case Fino

Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) Fatorizado Fatorizado

Pesquisa de Anticorpos Direta (PAD) Outros _____

4. Ficha de Incidentes Transfusionalis

HOSPITAL SÃO PAULO - HEMOCENTRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Hospital São Paulo - HEMOCENTRO

Gerência de Risco - Projeto Hospital Sentinela - ANVISA

Condição dos Incidentes Transfusionalis:

1º - Interrogar a transfusão

2º - Enviar a bula e amostra do receptor ao Hemocentro

3º - Manter em de posse o vial

4º - Comunicar o médico assistente

FICHA DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS

1. Identificação do paciente:

Nome: _____ RG: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Data da Transfusão: ____/____/____

Enfermagem: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

2. Tipo de receptor

A () B () AB () O () RH (D) () () ()

Bula Nº: _____ Hemocomponente: _____

Data Coleta: ____/____/____ Validade: ____/____/____

3. Sinais e Sintomas:

Calafrios () Hipotermia () Hemoglobina () Febre ()

Dor () Taquicardia () Lesões de Pele Purpúricas () Ictericas ()

Cinose () Dor Lombar () Dor Torácica ()

4. Procedimentos realizados no diagnóstico da reação:

Profissional assistente durante a reação - Médico () Enfermeiro ()

Conferência de N° da Bula Transfundida - Sim () Não ()

Amostras do Paciente enviadas para testes imunohematológicos - Sim () Não ()

Medicamentos Administrados _____

Evolução do Caso _____

Médico - CRM: _____ Enfermeiro - COREN: _____

Elaborado por:

Escritório da Qualidade

Revisado por:

Enf. Leila Blanes (Diretoria de Enfermagem.)
 João Grandi (Ger. Risco Hosp.Sentinela)
 Akemi Chiba (AT)

Aprovado por:

Prof. Dr. José Carlos C. Baptista Silva (Diretor Clínico)
 Dr. Tsutomu Oguro
 (Coordenador do Comitê Transfusional)

