



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Procedimento Operacional Padrão

TRANSUSÃO DE SANGUE INCOMPATÍVEL

Atualizado: AGOSTO 2021

Validade: 2 anos

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p style="text-align: center;">PROTOCOLO CLÍNICO</p> <p style="text-align: center;">TRANSFUSÃO SANGUE INCOMPATÍVEL</p>	POP: Revisão III Emissão: 06/09/21 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRBM. 3031 Priscilla Maria de Hollanda C. Q. Clerot – CRBM 2066 Data da revisão: 31/08/21
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		

1. Objetivo

Orientar a equipe técnica para adequação à rotina do setor o procedimento de transfusão com sangue incompatível no caso de não ter conseguido sangue compatível para o paciente.

2. Referência

RDC 34/14- ANVISA
 PORTARIA 158/16- MS

3. Descrição do procedimento

1. Após a conclusão dos testes pré-transfusionais e a constatação de se tratar de resultado incompatível na prova cruzada, repetir os mesmos seguindo o POP.
2. Se o resultado permanecer incompatível, selecionar outra bolsa de Concentrado de Hemácias de mesmo GS/FRh e realizar novos testes pré - transfusionais;
3. Caso sejam cruzadas todas as bolsas de Concentrado de Hemácias disponíveis no estoque, coletar nova amostra do paciente apenas em tubo de tampa roxa e encaminhar a amostra para o Hemocentro a fim de serem realizados os testes em cartela Liss (gel centrifugação);
4. Justificar junto ao Hemocentro a necessidade da conduta;
5. Comunicar ao médico assistente ou a enfermeira responsável pelo setor do paciente justificando o atraso da transfusão, registrando o fato em livro de ocorrências da AT;
6. Caso o Hemocentro encontre alguma bolsa de Concentrado de Hemácias compatível para o paciente, o funcionário da AT deverá buscar esta bolsa e registrar os dados no livro de entrada e de saída de hemocomponentes.
7. Caso o Hemocentro também não encontre nenhuma bolsa compatível para o paciente, após até cruzar com bolsas fenótipos compatível com o dele e testar com O neg, o bioquímico de lá deverá informar a AT o resultado indicando a bolsa com menor grau de incompatibilidade, dado em cruzes;
8. Comunicar ao médico hematologista e o médico assistente o fato e eles decidirão sobre os riscos e benefícios para o paciente da transfusão incompatível;
9. Se a mesma for autorizada, ambos assinam TERMO DE TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL disponível na AT, em duas vias, onde uma ficará arquivada na AT e a outra no prontuário do paciente;
10. Realizar a transfusão, a qual deverá ser acompanhada e monitorada periodicamente pela técnica ou enfermeira transfusionista da AT, além dos 10 minutos iniciais.

REDIGIDO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	APROVADO POR: Hélida Karla Rodrigues Donato /SCIH	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRBM. 3031 Priscilla Maria de Hollanda C. Q. Clerot – CRBM 2066	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 01/08/2021	DATA DA APROVAÇÃO 20/08/2021	DATA DE REVISÃO 31/08/2021	VALIDADE: 02 ANOS

INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO AV. JOÃO MACHADO, 1234, JAGUARIBE FONE: 83 – 2107-9500	<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</p> <p align="center">PROTOCOLO CLÍNICO</p> <p align="center">TRANSFUSÃO SANGUE INCOMPATÍVEL</p>	POP: Revisão III Emissão: 06/09/21 Revisão: Leonardo Marinho Machado – CRBM. 3031 Priscilla Maria de Hollanda C. Q. Clerot – CRBM 2066 Data da revisão: 31/08/21
<p align="center">AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</p>		

4. Cuidados Especiais

A necessidade de medicações prévias, tais como anti-alérgicos, deve ser avaliada pelos médicos hematologistas e assistente do paciente;

A cada nova transfusão incompatível, deverá ser preenchido um novo TERMO DE TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL.

5. Anexos

TERMO PARA LIBERAÇÃO DE SANGUE INCOMPATÍVEL

Autorizamos o serviço de hemoterapia do Hospital São Vicente de Paulo a fazer transfusão de _____ Concentrados de Hemácias, com _____ cruces de incompatibilidade no paciente _____, devido ao diagnóstico de _____ e hemogloblina _____ não permitirem encontrar sangue totalmente compatível.

Hematologista: _____

Médico Assistente _____

João Pessoa _____ de _____ de _____

REDIGIDO POR: Enfermeira: Patrícia Abrantes Fernandes Amorim	APROVADO POR: Hélida Karla Rodrigues Donato /SCIH	REVISADO POR: Leonardo Marinho Machado – CRBM. 3031 Priscilla Maria de Hollanda C. Q. Clerot – CRBM 2066	ORIGINAL
DATA DA REDAÇÃO 01/08/2021	DATA DA APROVAÇÃO 20/08/2021	DATA DE REVISÃO 31/08/2021	VALIDADE: 02 ANOS