	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.031	1 / 4
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Hemoterapia	

### OBJETIVO

Padronizar um número de bolsas de sangue para reserva em procedimentos mais comumente realizados na Clínica Santa Helena. A padronização foi baseada em experiências de grandes serviços, recomendação da OMS, média de consumo nos procedimentos nos últimos anos e avaliação dos coordenadores cirúrgicos. O objetivo é que o número de unidades reservadas seja o mais próximo possível das necessidades de transfusão, garantindo nível de segurança e evitando o desperdício.

### ORIENTAÇÕES

A reserva de sangue deve ser realizada previamente ao procedimento, seguindo as orientações deste protocolo.


### MATERIAL NECESSÁRIO

- Formulário padrão para reserva de sangue;
- Solicitação em receituário para:
  - a. tipagem sanguínea;
  - b. + pesquisa de anticorpos irregulares (PAI);
  - c. Coombs direto.

### FUNÇÕES

Médico	Preencher formulário para reserva de sangue OU solicitar apenas tipagem + PAI, conforme protocolo;
	Encaminhar a paciente previamente para coleta de amostra de sangue, seguindo critérios abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De segunda à sexta, das 07h às 13h: Coleta realizada na agência transfusional da Clínica Santa Helena, localizada na unidade da Hermes Fontes;</li> <li>• De segunda à sexta, das 13h às 17h: Coleta realizada na sede do Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), localizado na Rua Guilhermino Rezende, 187;</li> <li>• O tempo indicado para coleta de amostra para reserva cirúrgica é de até 72 horas antes do procedimento cirúrgico, respeitando um mínimo de 48 horas para pacientes ambulatoriais;</li> </ul>
	Individualizar a solicitação com justificativa para pacientes com risco aumentado de sangramento; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir previamente com hematologista responsável pela Comissão de Hemoterapia da CSH;</li> </ul>
Enfermeira da CSH	Quando houver paciente internada com reserva de hemocomponente, ou em casos de pacientes que não realizaram a reserva sanguínea previamente, em horários em que a agência transfusional estiver fechada, receber o pedido médico com a solicitação;
	Realizar a coleta da amostra de sangue;
	Encaminhar a amostra coletada e o formulário de solicitação para o IHHS;
	Receber os hemocomponentes do IHHS, quando agência transfusional estiver fechada;
	Armazenar as bolsas na agência transfusional ou encaminhar para uso da unidade;

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CARLOS GUIMARÃES Hematologista IHHS COMITÊ TRANSFUSIONAL CSH	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
<b>Data: 04/08/2020</b>	<b>Data: 04/08/2020</b>	<b>Data: 20/08/2020</b>

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.031	2 / 4
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
		Direção Técnica/ Hemoterapia	


Técnico do posto de coleta IHHS da CSH	Realizar a coleta de amostra;
	Encaminhar para realização do teste de compatibilidade;
	Receber os hemocomponentes do IHHS e acondicionar na agência transfusional da Clínica Santa Helena;
	Encaminhar o hemocomponente ao setor solicitante, no momento necessário;

Técnica de enfermagem/ enfermeira da marcação cirúrgica	Confirmar com a funcionária do IHHS na Clínica Santa Helena, no dia anterior ao dia da cirurgia, a efetividade da reserva de sangue; <ul style="list-style-type: none"> <li>Caso a paciente não tenha realizado a coleta da amostra, entrar em contato com a mesma, solicitando sua presença na Clínica Santa Helena para coleta de sangue. Nestes casos, a enfermeira deverá realizar coleta e seguir o fluxo supracitado para encaminhamento da amostra ao IHHS.</li> </ul>
---	---


#### RECOMENDAÇÕES PARA RESERVA SANGUÍNEA EM ADULTOS

TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE BOLSAS DE CONCENTRADO	NECESSÁRIO SOLICITAR TIPAGEM SANGUÍNEA + PAI + COOMBS DIRETO SEPARADAMENTE
Parto Cesáreo (feto único)	Nenhuma	NÃO
Parto Cesáreo (gemelar)	Nenhuma	SIM
Parto Normal	Nenhuma	NÃO
Parto com DPP (descolamento prematuro de placenta)	01	NÃO
Parto programado de Placenta Prévia	01	NÃO
Parto com Placenta Acreta ou Percreta	02	NÃO
Abdominoplastia	Nenhuma	NÃO
Amputação de Cérvix	Nenhuma	SIM
Aspiração de Cisto ovariano	Nenhuma	SIM
Anexetomia	Nenhuma	NÃO
Bartholinectomia	Nenhuma	NÃO
Colecistectomia convencional	Nenhuma	NÃO
Colecistectomia laparoscópica	Nenhuma	NÃO
Conização cervical	Nenhuma	NÃO
Curetagem uterina	Nenhuma	NÃO
Exérese de cisto de ovário	Nenhuma	NÃO
Exérese de nódulo de mama	Nenhuma	NÃO
Exérese de TU (tumor) de ovário	Nenhuma	SIM
Face (plásticas em geral)	Nenhuma	NÃO
Gravidez ectópica	02	NÃO
Hérnia inguinal	Nenhuma	NÃO
Hérnia laparoscópica	Nenhuma	NÃO
Histerectomia laparoscópica	Nenhuma	NÃO
Histeroscopia	Nenhuma	NÃO
HTA (histerectomia via abdominal)	02	NÃO

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprovado por:</b>	<b>Validado por:</b>
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CARLOS GUIMARÃES Hematologista IHHS COMITÊ TRANSFUSIONAL CSH	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 04/08/2020	Data: 04/08/2020	Data: 20/08/2020

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>Código do Documento</b>	<b>Página</b>
		PROT.DT.031	3 / 4
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	<b>Especialidade</b>	<b>Revisão</b>
Direção Técnica/ Hemoterapia			
HTV (histerectomia via vaginal)	01	NÃO	
Laparoscopia	Nenhuma	SIM	
VLD (vídeo laparoscopia diagnóstica) ou VHD (vídeo histeroscopia diagnóstica)	Nenhuma	NÃO	
VLC (vídeo laparoscopia cirúrgica) ou VHC (vídeo histeroscopia cirúrgica)	Nenhuma	NÃO	
Laparotomia exploradora	02	NÃO	
Laparotomia ginecológica	Nenhuma	SIM	
Laqueadura	Nenhuma	NÃO	
Lipoaspiração	Nenhuma	NÃO	
Mamoplastia	Nenhuma	NÃO	
Mastectomia	Nenhuma	SIM	
Mastectomia radical	Nenhuma	SIM	
Miomectomia	01	NÃO	
Ooforectomia	Nenhuma	SIM	
Otoplastia	Nenhuma	NÃO	
Períneoplastia ou Correção de Incontinência ou Prolapso vaginal	Nenhuma	SIM	
Prótese Mamária (implante, retirada ou reabordagem)	Nenhuma	NÃO	
Ressecção de TU de pelve	01	NÃO	
Ressecção de TU de vagina e reto	Nenhuma	SIM	
Ressecção de TU de vulva	Nenhuma	NÃO	
Retosigmoidectomia laparoscópica	01	NÃO	
Rinoplastia	Nenhuma	NÃO	
Salpingectomia	Nenhuma	NÃO	
Setorectomia de mama	Nenhuma	NÃO	
Tumor abdominal grande	02	NÃO	
Vaginoplastia	Nenhuma	NÃO	
Varizes (uni ou bilateral)	Nenhuma	NÃO	
Vulvectomia radical	01	NÃO	

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CARLOS GUIMARÃES Hematologista IHHS COMITÊ TRANSFUSIONAL CSH	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 04/08/2020	Data: 04/08/2020	Data: 20/08/2020

	<b>PROTOCOLO</b>	Código do Documento	Página
		PROT.DT.031	4 / 4
	RESERVA SANGUÍNEA PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Hemoterapia	

**RECOMENDAÇÕES PARA RESERVA SANGUÍNEA EM NEONATOLOGIA**

TIPO DE PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DE BOLSAS DE CONCENTRADO (NÃO FAZER RESERVA FRACIONADA EM ML/KG)	NECESSÁRIO SOLICITAR TIPAGEM SANGUÍNEA + PAI + COOMBS DIRETO SEPARADAMENTE
Abdome agudo cirúrgico (infeccioso: enterocolite, obstrutivo: Hirschsprung ou perfurado: pneumoperitônio)	01	NÃO
Atresia de Esôfago/Esófagostomia	01	NÃO
Cardíaca Congênita (exceto PCA)	02	NÃO
Cateter de Tenckhoff (diálise, instalação)	Nenhuma	NÃO
Cistostomia	Nenhuma	NÃO
Colostomia	01	NÃO
Criptorquidia ou Circuncisão	Nenhuma	NÃO
Drenagem de Abscessos Cutâneos	Nenhuma	NÃO
Drenagem de abscesso hepático	01	NÃO
Dreno de tórax (instalação)	Nenhuma	NÃO
DVP (derivação ventrículo-peritoneal) – instalação ou revisão	Nenhuma	NÃO
Extrofia de bexiga (cloaca)	01	NÃO
Funduplicatura a Nissen	01	NÃO
Gastrostomia	Nenhuma	SIM
Gastrosquise	01	NÃO
Hérnia Diafragmática (cirurgia)	01	NÃO
Hérnia Inguinal	Nenhuma	NÃO
Hipopspádia	Nenhuma	NÃO
Laparotomia exploradora (brida, suspeita de obstrução, biópsia, etc)	01	NÃO
Laser para ROP (retinopatia)	Nenhuma	NÃO
Linfangioma	01	NÃO
MAC (má-formação adenomatosa cística) – cirurgia torácica de ressecção pulmonar	01	NÃO
Mielo/Meningocele (correção)	Nenhuma	NÃO
Onfalocele	Nenhuma	SIM
PCA (persistência do canal arterial) - ligadura	01	NÃO
Piloriectomia (correção de EHP – estenose hipertrófia do piloro)	Nenhuma	NÃO
Traqueostomia	Nenhuma	NÃO
VUP – válvula de uretra posterior - cistostomia	01	NÃO

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Brunetta D. Protocolo da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – Ceará, 2015
2. Guia de Conduas Hemoterápicas – Hospital Sírio Libanês – 2ª edição, 2010
3. O uso clínico do sangue na Medicina, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, OMS

Elaborado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	CARLOS GUIMARÃES Hematologista IHHS COMITÊ TRANSFUSIONAL CSH	LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH
Data: 04/08/2020	Data: 04/08/2020	Data: 20/08/2020