



<b>CÓDIGO H</b>		
DATA CRIAÇÃO: 27/02/2025	Versão: 00	Criação: Alessandro Silvestre
VALIDADE: 2 ANOS	DATA DE REVISÃO: 27/02/2027	Revisão: Yuri Heluany Martins

<b>SUMÁRIO</b>	
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CONCEITO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b> .....	<b>2</b>
<b>3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b> .....	<b>2</b>
<b>4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL</b> .....	<b>2</b>
<b>5. FLUXOGRAMA</b> .....	<b>7</b>
<b>6. INDICADOR</b> .....	<b>7</b>
<b>7. ANEXOS</b> .....	<b>8</b>
<b>8. HISTÓRICO DE REVISÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>9. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>11</b>

## **1. CONCEITO**

Realizar atendimento ágil dos pacientes com perda sanguínea, instabilidade clínica e hemodinâmica. E reduzir potenciais complicações em decorrência de atrasos no atendimento. Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências sejam devidamente identificados e tratados na vigência de emergências e urgências

Garantir a identificação precoce de pacientes com suspeita de sangramento ou em sangramento ativo com práticas e condutas médicas bem estabelecidas de acionamento de equipes, setores envolvidos direta ou indiretamente na assistência dos pacientes.

A abrangência deste documento se aplica à assistência:

- Centro cirúrgico
- Centro de diagnóstico por imagem
- Endoscopia
- Hemodiálise
- Pronto atendimento
- Recuperação pós-anestésica

- Unidades de internação
- UTIs
- Agência transfusional
- Laboratório

## 2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

### Critérios de acionamentos

- Presença de pressão arterial sistólica  $\leq 90$ mmHg.
- Pressão arterial média-diastólica  $\leq 60$ mmHg.
- Palidez cutânea da mucosa associada aos fatores acima ou com exames de imagem que apontam para “sangramento ativo”.
- Hematoma ou coleção sugestiva de sangramento em cavidades.
- Resultado de “pânico” em testes de coagulação com instabilidade hemodinâmica.
- Sangramentos ameaçadores à vida ou para local nobre (retroperitônio, intracraniano pericárdio e vias aéreas).

### Critérios de acionamento Pediátricos.

- Presença de pressão arterial sistólica  $< 60$ mmHg (RN 0- 28 dias);  $< 70$ mmHg (1 mês a 1 ano);  $< 70 + (2x \text{ idade em anos})$  mmHg ou  $< 90$ mmHg ( $> 10$  anos).
- FC  $> 80$ bpm ou  $> 180$ bpm (0 a 12 meses);  $< 90$ bpm ou  $160$ bpm (1 a 4 anos) ou  $< 60$ bpm ou  $> 130$ bpm ( $> 4$ anos).
- Palidez cutânea da mucosa associada aos fatores acima.
- Exames de imagem que apontam para “sangramento ativo”.
- Resultado de “pânico” em testes de coagulação com instabilidade hemodinâmica.

## 3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que não apresentam instabilidade hemodinâmica sem critérios de acionamento do código hemorrágico.

## 4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL

### 4.1. Enfermeiro na Unidade de internação / EDA / Hemodiálise / CDI

- 4.1.1. Avaliar o paciente conforme protocolo institucional para identificar sinais de alerta.
- 4.1.2. Em casos de suspeita de hemorragia acionar TRR.
- 4.1.3. Acionar código Hemorrágico ramal 9, após avaliação médica.
- 4.1.4. Realizar prescrição padrão dos exames laboratoriais do Código hemorrágico.
- 4.1.5. Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos.
- 4.1.6. Realizar ou Delegar alguém da equipe de enfermagem:
  - 4.1.6.1. Abrir o caso no JOIN.
  - 4.1.6.2. Verificar retorno das áreas de apoio (CC, Hemodinâmica, CDI, Gestão de leito, Endoscopia, UTI, Farmácia e laboratório).
  - 4.1.6.3. Retirar kit material código H e tubos laboratoriais disponíveis no posto de enfermagem.

- 4.1.6.4. Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente.
- 4.1.6.5. MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14).
- 4.1.6.6. Coletar os exames laboratoriais, identificar corretamente os tubos e entregar na área técnica na ausência da equipe do laboratório.
- 4.1.6.7. Entregar amostra para tipagem sanguínea no setor Banco de sangue
- 4.1.6.8. Verifica SSVV de 5/5min.
- 4.1.6.9. Realiza glicemia capilar 1x.
- 4.1.6.10. Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata).

## **4.2. Equipe de enfermagem CDI**

- 4.2.1. Avaliar o paciente conforme protocolo institucional para identificar sinais de alerta.
- 4.2.2. Em casos de suspeita de hemorragia acionar TRR.
- 4.2.3. Acionar código Hemorrágico ramal 9 após avaliação médica.
- 4.2.4. Realizar prescrição padrão dos exames laboratoriais do Código hemorrágico.
- 4.2.5. Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos;
- 4.2.6. Realizar ou Delegar alguém da equipe de enfermagem:
  - 4.2.6.1. Abrir o caso no JOIN.
  - 4.2.6.2. Verificar retorno das áreas de apoio (CC, Hemodinâmica, CDI, Gestão de leito, Endoscopia, UTI, Farmácia e laboratório).
  - 4.2.6.3. Retirar kit material código H e tubos laboratoriais disponíveis no posto de enfermagem.
  - 4.2.6.4. Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente.
  - 4.2.6.5. MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14).
  - 4.2.6.6. Coletar os exames laboratoriais, identificar corretamente os tubos e entregar na área técnica na ausência da equipe do laboratório.
  - 4.2.6.7. Entregar amostra para tipagem sanguínea no setor Banco de sangue
  - 4.2.6.8. Verifica SSVV de 5/5min.
  - 4.2.6.9. Realiza glicemia capilar 1x.
  - 4.2.6.10. Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata).

## **4.3. Enfermeiro Time de Resposta Rápida**

- 4.3.1. Avaliar o paciente conforme protocolo institucional para identificar sinais de alerta
- 4.3.2. Acionar código Hemorrágico ramal 9 após avaliação médica
- 4.3.3. Realizar prescrição padrão dos exames laboratoriais do Código hemorrágico.
- 4.3.4. Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos;
- 4.3.5. Promover transporte seguro
- 4.3.6. Apoiar e Delegar alguém da equipe de enfermagem:
  - 4.3.6.1. Abrir o caso no JOIN.
  - 4.3.6.2. Verificar retorno das áreas de apoio (CC, Hemodinâmica, CDI, Gestão de leito, Endoscopia, UTI, Farmácia e laboratório).
  - 4.3.6.3. Retirar kit material código H e tubos laboratoriais disponíveis no posto de enfermagem.
  - 4.3.6.4. Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente.
  - 4.3.6.5. MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14).

- 4.3.6.6. Coletar os exames laboratoriais, identificar corretamente os tubos e entregar na área técnica na ausência da equipe do laboratório.
- 4.3.6.7. Entregar amostra para tipagem sanguínea no setor Banco de sangue
- 4.3.6.8. Verifica SSVV de 5/5min.
- 4.3.6.9. Realiza glicemia capilar 1x.
- 4.3.6.10. Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata).

#### **4.4. Enfermeiro de Terapia intensiva**

- 4.4.1. Avaliar o paciente conforme protocolo institucional para identificar sinais de alerta
- 4.4.2. Acionar código Hemorrágico ramal 9 após avaliação médica
- 4.4.3. Realizar prescrição padrão dos exames laboratoriais do Código hemorrágico.
- 4.4.4. Parar ou suspende drogas anticoagulantes/ antiagregantes/ fibrinolíticos;
- 4.4.5. Realizar ou Delegar alguém da equipe de enfermagem:
  - 4.4.5.1. Abrir o caso no JOIN.
  - 4.4.5.2. Verificar retorno das áreas de apoio (CC, Hemodinâmica, CDI, Gestão de leito, Endoscopia, UTI, Farmácia e laboratório).
  - 4.4.5.3. Retirar kit material código H e tubos laboratoriais disponíveis no posto de enfermagem.
  - 4.4.5.4. Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente.
  - 4.4.5.5. MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14).
  - 4.4.5.6. Coletar os exames laboratoriais, identificar corretamente os tubos e entregar na área técnica na ausência da equipe do laboratório.
  - 4.4.5.7. Entregar amostra para tipagem sanguínea no setor Banco de sangue
  - 4.4.5.8. Verifica SSVV de 5/5min.
  - 4.4.5.9. Realiza glicemia capilar 1x.
  - 4.4.5.10. Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata).

#### **4.5. Enfermeiro Centro cirúrgico / hemodinâmica**

- 4.5.1. Avaliar o paciente conforme protocolo institucional para identificar sinais de alerta
- 4.5.2. Quando o paciente estiver em sala operatória, a enfermagem pode acionar o código H se a equipe médica em sala não controlar a instabilidade em até 20 minutos.
- 4.5.3. Acionar código Hemorrágico ramal 9 após avaliação médica
- 4.5.4. Realizar prescrição padrão dos exames laboratoriais do Código hemorrágico.
- 4.5.5. Realizar ou Delegar alguém da equipe de enfermagem:
  - 4.5.5.1. Abrir o caso no JOIN.
  - 4.5.5.2. Verificar retorno das áreas de apoio (CC, Hemodinâmica, CDI, Gestão de leito, Endoscopia, UTI, Farmácia e laboratório).
  - 4.5.5.3. Retirar kit material código H e tubos laboratoriais disponíveis no posto de enfermagem.
  - 4.5.5.4. Providencia o carro de emergência e monitorar o paciente.
  - 4.5.5.5. MOV: Monitor; Oxigênio e Veia calibrosa (Jelco 16 ou 14).
  - 4.5.5.6. Coletar os exames laboratoriais, identificar corretamente os tubos e entregar na área técnica na ausência da equipe do laboratório.
  - 4.5.5.7. Entregar amostra para tipagem sanguínea no setor Banco de sangue

**4.5.5.8.** Verifica SSVV de 5/5min.

**4.5.5.9.** Realiza glicemia capilar 1x.

**4.5.5.10.** Promover aquecimento do paciente (manta térmica imediata).

**4.5.6.** Promover transporte seguro

#### **4.6. Médico TRR / Intensivista / Anestesiista**

**4.6.1.** Identifica sangramento agudo ou suspeita de sangramento

**4.6.2.** Solicitar o acionamento do código hemorrágico através da telefonista (discar o 9).

**4.6.3.** Proceder ABCD do atendimento paciente crítico;

**4.6.4.** Expansão volêmica: 500 a 1000ml de cristalóide;

**4.6.5.** Avaliar necessidade de exames de imagem e solicitar caso necessário

**4.6.6.** Solicitar vaga de UTI/ sala cirúrgica

**4.6.7.** Se sangramento não cirúrgico: priorizar transporte para a UTI

**4.6.8.** Se sangramento cirúrgico: priorizar transporte para o CC ou hemodinâmica

**4.6.9.** Garantir sangue O negativo ou tipado sangue específico (02 unidades)

**4.6.10.** Avisar ao médico titular se possível o destino do paciente;

**4.6.11.** Utilizar Prescrição padrão para código H

**4.6.12.** Em casos cirúrgicos contatar médico titular para definição de conduta e caso esse não esteja disponível para realizar avaliação do paciente em tempo hábil, a equipe da retaguarda conduzirá o caso. Seguir fluxo de intercorrências cirúrgicas – EMERGÊNCIAS CIRURGICAS SEGUIRÃO COM O FLUXO DE ATENDIMENTO IMEDIATO PELO MÉDICO DISPONÍVEL NA INSTITUIÇÃO

#### **4.7. CDI**

**4.7.1.** Confirma acionamento no Join e acompanha o caso.

**4.7.2.** Se necessário disponibilizar Sala para realização de exame.

**4.7.3.** Realiza exame beira-leito

**4.7.4.** liberação de laudo 30 min.

**4.7.5.** Após as 19:00 CDI responsável por preparar o material caso precise de exame de imagem no setor da Endoscopia

**4.7.6.** O acionamento do médico endoscopista da retaguarda é realizada pelo médico solicitante.

#### **4.8. Médico radiologista**

**4.8.1.** Realizar ou acompanhar e laudar exames solicitados com urgência, seguindo liberação conforme tabela 2

**4.8.2.** Realizar exame no local do atendimento da urgência, quando necessário

#### **4.9. Banco de Sangue**

**4.9.1.** Agência transfusional se direciona até o setor de acionamento

**4.9.2.** Inserir no Join o horário que recebeu o acionamento e chegada no setor.

**4.9.3.** Providenciar os hemocomponentes e hemoderivados solicitados como prioridade.

**4.9.4.** Acompanhar Evolução e preparar Protocolo de Transfusão Maciça

**Nota:** Atendimento de transfusão:

- Tempo mínimo de preparo de 45 minutos para concentrado de hemácias sem alterações nos testes.
- Tempo de descongelamento de plasma, mínimo de 20 minutos para pacientes conhecidos, para novos pacientes segue o tempo de 45 minutos de testes pré-transfusionais.
- Preparo de pool de plaquetas randômicas filtradas, tempo mínimo de 20 minutos para pacientes conhecidos, para novos pacientes segue o tempo de 45 minutos de testes pré-transfusionais.
- Todas as informações acima não considerados o tempo de coleta de amostra, com a inclusão do código H será dado prioridade no atendimento.
- Avaliar possível distúrbio de coagulação e necessidade de intervenção hematológica para conduta

#### **4.10. Laboratório**

**4.10.1.** Laboratório se direciona até o setor em até 5 minutos:

**4.10.2.** Exames não coletados realizar a coleta

**4.10.3.** Exames já coletado retira os exames e encaminha para área técnica em até 5 minutos.

**4.10.4.** Área técnica urgenciar exames, inserir no Join o horário da chegada da amostra no laboratório e entrega de resultados.

**4.10.5.** Seguir SLA conforme tabela 2

#### **4.11. Farmácia**

**4.11.1.** Após o acionamento em massa confirmar no Join a ligação.

**4.11.2.** Priorizar o atendimento do profissional que estiver no atendimento do código H (com a etiqueta de identificação do paciente).

**4.11.3.** Disponibilizar o Kit do código Hemorrágico e demais insumos (materiais/medicação) que não contemplam no Kit, caso não tenha no estoque, providenciar com urgência.

#### **4.12. Endoscopia somente Hemorragia digestiva Alta**

**4.12.1.** Confirma o acionamento pelo JOIN.

**4.12.2.** Os pacientes com HDA em código hemorrágico serão encaminhados para UTI para estabilização clínica.

**4.12.3.** Na UTI, caso NÃO se atinja estabilidade hemodinâmica, caso haja necessidade do uso de doses  $> 0,1$  mcg/kg/min de Noradrenalina será acionado Endoscopia de emergência, com SLA de 1h após acionamento do serviço pelo setor/médico solicitante.

**4.12.4.** Caso paciente apresente estabilidade clínica será realizado em até 12h.

**4.12.5.** Após as 19:00 SLA Endoscopista após as 19:00 - 1h30min após acionamento do serviço pelo setor/médico solicitante.

**4.12.6.** Após as 19:00 setor do CDI responsável por preparar material para a Endoscopia.

#### **4.13. Cirurgião do PA**

**4.13.1.** Confirma acionamento no Join

**4.13.2.** Confirma no join a necessidade de se deslocar imediatamente

**4.13.3.** Se paciente com sinais de complicações cirúrgicas -Seguir fluxo de intercorrência cirúrgica e entrar em contato com o médico Titular.

#### **4.14. Centro Cirúrgico e Hemodinâmica**

- 4.14.1. Confirma acionamento no Join e acompanha o caso
- 4.14.2. Centro cirúrgico aciona o anestesista.
- 4.14.3. Anestesista se direciona até o setor de acionamento.
- 4.14.4. Centro cirúrgico disponibilizar sala em 30 minutos se solicitado

#### 4.15. Gestão de leitos

- 4.15.1. Confirma acionamento no Join
- 4.15.2. Seguir fluxo de liberação de leitos emergenciais em 30 minutos.
- 4.15.3. Inserir no Join o leito liberado e realizar contato Telefônico para o setor do atendimento e informar o leito cedido para o código hemorrágico independente de reserva cirúrgica.

#### 4.16. Equipe da Hematologia

- 4.16.1. Equipe de retaguarda acompanha o caso pelo Join.
- 4.16.2. Se solicitado entrar em contato com o médico do atendimento.

#### 4.17. Equipe de Telefonia

- 4.17.1. Em caso de falha no sistema ELEV, acionar o código H através dos ramais manualmente conforme tabela abaixo.

TABELA DE RAMAIS		
ORDEM	SETORES QUE TEM QUE RECEBER O ACIONAMENTO EM MASSA	RAMAL PARA ACIONAMENTO
1	BANCO DE SANGUE	RAMAL MOVEL 7099
2	LABORATORIO	RAMAL MOVEL 7020/ 7025
3	GESTÃO DE LEITO	RAMAL MOVEL 7070
4	CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RAMAL FIXO 4207
5	CENTRO CIRURGICO 10 ANDAR BLOCO A	RAMAL FIXO 2625
6	TIME DE RESPOSTA RÁPIDA - Enfermeiro RAMAL MÓVEL	RAMAL MOVEL 7074
7	TIME DE RESPOSTA RÁPIDA – medico clínico RAMAL MÓVEL	RAMAL MOVEL 7071
8	TIME DE RESPOSTA RÁPIDA – medico cirúrgico RAMAL MÓVEL	RAMAL MOVEL 7051
9	HEMODINAMICA 10 BLOCO F	RAMAL FIXO 4277
10	ENDOSCOPIA	RAMAL MOVEL 4294
11	FARMACIA CENTRAL	RAMAL MOVEL 4369
12	DASA	RAMAL FIXO 3968 /3967
13	FARMACIA NAF	RAMAL MOVEL 4364
14	TELEFONISTAS	RAMAL MOVEL 4230

## 5. FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA CÓDIGO HEMORRÁGICO – Anexo no Sistema Docnix - Aba anexo

## 6. INDICADOR

- Evento Adverso - código H
- Taxa de acionamento Código Amarelo relacionado a hemorragia
- Adesão na entrega de resultados do laboratório no Código H

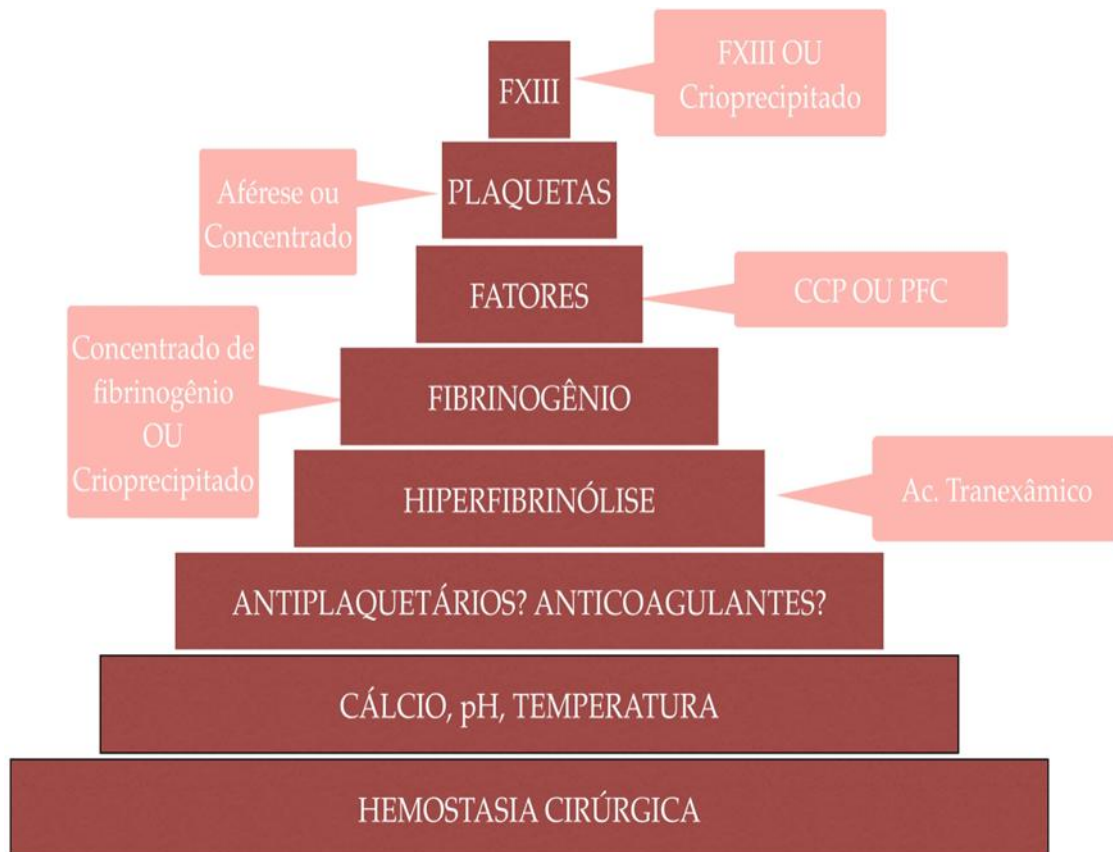
- Adesão no atendimento do banco de sangue no Código H
- Adesão ao acionamento do código H com critérios
- Adesão ao debriefing após cada atendimento do código H

## 7. ANEXO

**ANEXO 1- FLUXO DE ACIONAMENTO DO CÓDIGO H-** Arquivo anexado na plataforma Docnix

**ANEXO 2- FLUXO DE INTERPRETAÇÃO DO ROTEM-** Arquivo anexado na plataforma Docnix

**ANEXO 3 -** Pirâmide da coagulação proposta por Klaus-Gorlinger, para priorização do tratamento de coagulopatias decorrentes de grandes sangramentos.



**TABELA 1- INDICAÇÃO DE TRANSFUÇÃO**

Perdas	Sintomas	Avaliação laboratorial	Reposição	Metas
<30%	Geralmente sinais vitais estáveis. Aumento da FC	Seriar Hb e Ht	-Cristaloides ou Coloides isotônicos (Albumina 5%preferencialmente) -Considerar reserva de CH	-Hb 7-8mg/dl população geral -Hb 9-10mg/dl neurológicos agudos e cardiopatas  -Temperatura >35oC  -pH> 7,2 (Bicarbonato de Sódio se pH<7,1)  -Cálcio > 1,1mmol/l -Dar preferência a reposição com Cloreto de Cálcio -Considerar reposição após administração de 2 hemoconcentrados -Dose recomendado: 2 amp (20ml) + 100ml SF 0,9%)
31-40%	Sinais de choque ↓ PA ↓ Nível de consciência ↑ FC Oligúria	Para todos: -Hb e Ht - Coagulograma - Fibrinogênio -Lactato -Gasometria arterial -Cálcio  Se possível: -Saturação venosa central -GAP de CO2	-Cristaloides -CH -Avaliar necessidade de correção de coagulopatia guiado pela piramide da coagulação -Ac. Tranexamico (1g + 1g em 8h)	-PAM > 65mmHg população geral -PAM > 80mmHg se doença neurológica aguda. Objetivar Pressão de perfusão cerebral >60
>40%			-Ac. Tranexamico (1g + 1g em 8h) -Avaliar necessidade de protocolo de transfusão maciça. Nesta situação, para cada 1 CH realizar: 1 PFC 1 Concentrado de plaquetas (OU 1 aférese de plaquetas após 4 CH)	-INR <1,5  -Relação TTPa < 1,5  -Plaquetas >50.000 população geral -Plaquetas> 100.000 Sangramentos no sistema nervoso central  -Fibrinogênio > 150mg/dl  -Se possível guiar correção da coagulação por meio de métodos viscoelásticos (ROTEM®)

**TABELA 2 – SETORES E ATIVIDADES**

SETORES/ ATIVIDADES	METAS (TEMPO)
<b>BANCO DE SANGUE</b>	
Grupo O Rh Negativo (sem testes)	Imediatamente/extrema urgência
Grupo sanguíneo específico (sem testes) Paciente conhecido	20 minutos
Prova cruzada	45 minutos
<b>LABORATÓRIO</b>	
Retiradas dos exames coletados ( enfermagem )	05 Minutos (apartir do acionamento)
kit URG	15 Minutos (apartir do acionamento)
Hemograma rápido ( Série Vermelha, Série Branca automática e Plaquetas )	15 Minutos (apartir do acionamento)
Resultados coagulograma e fibrinogênio	45 Minutos (apartir do acionamento)
<b>CENTRO CIRURGICO</b>	
Sala CC disponível	30 minutos
<b>CENTRO DIAGNÓSTICO IMAGEM</b>	
Realização do exame TC/USG	30 minutos
Laudo exame	30 minutos
<b>GESTÃO DE LEITOS</b>	
Liberação leito de UTI	30 minutos
<b>REAVLIAÇÃO</b>	
Hemograma Completo	A cada 4 horas, se sangramento ou após cada 5 unidades de sangue
Plaquetas, TP, TTPa e fibrinogênio	Antes e após ressuscitação e a cada 60 minutos de acordo com a gravidade
Cálcio e potássio séricos	Monitorados durante transfusão maciça
Saturação venosa de o2, lactato e bicarbonato	A cada 4 horas
ECG	Monitorização contínua

**TABELA 3 - MATERIAIS MALETA CODIGO HEMORRÁGICO**

QUANTIDADE	MATERIAL
2 bolsas	Soro fisiológico 0,9% 100ml
2 bolsas	Ringer lactato 500ml
1 unidade	Mascara não reinalante
1 unidade	Micropore
5 unidade	Zobec 10x15
2 ampolas	Transamim 50mg/ml amp 5 ml
5 unidades	Seringa descartável 10ml
5 unidades	Seringa descartável 5ml
8 unidades	Agulha de aspiração
1 par	Luva cirúrgica estéril 8,0
1 par	Luva cirúrgica estéril 7,5
1 par	Luva cirúrgica estéril 7,0
2 unidades	cateter periférico 14 G
2 unidades	cateter periférico 16 G
2 unidades	cateter periférico 18 G
2 unidades	cateter periférico 20 G
2 ampolas	Gliconato de Cálcio 100mg/ml amp 10ml
5 unidades	Atadura crepe estéril 10 cm
5 unidades	Atadura crepe estéril 15 cm
5 unidades	Atadura crepe estéril 20 cm
5 unidade	Compressas de Gaze
5 unidade	Compressas cirúrgicas grande
1 unidade	Manta térmica

## 8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
001	Alteração do conteúdo: Alteração do fluxograma, papeis e responsabilidades, forma de acionamento em massa e SLA setores de apoio.
000	Emissão Inicial

## 9. REFERÊNCIAS

- American Association of Blood Banks. Apheresis Principles and Practice. 3<sup>rd</sup> Edition;
- American Association of Blood Banks. Pediatric Transfusion Therapy. Edited by Jay H Herman and Catherine S Manno. 2002;
- American Association of Blood Banks. Technical Manual. 17<sup>th</sup> Edition;
- American Association of Blood Banks. Transfusion Reactions. 2<sup>nd</sup> Edition;
- American Association of Blood Banks. Transfusion Therapy. 3<sup>rd</sup> Edition;
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. Practice Guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies. Anesthesiology; 105:198-208, 2006;
- Associação Beneficente de Coleta de Sangue COLSAN. Manual de Hemoterapia 2010. 6<sup>a</sup> edição;
- Brand A. Fetal, neonatal and pediatric transfusion medicine. ISBT Science series 2:14-21, 2007;
- Carson, JL; Hill, S; Carless, P; Henry, D. Transfusion Triggers: A Systematic Review of the Literature. Transf Med Rev; 16:187-199, 2002;
- Chang, H; Hawes, J; Hall, GA; Fuller K; Francombe, WH; Zuber, E; Sher, GD. Prospective audit of cytomegalovirus-negative blood product utilization in haematology/oncology patients. Transf Med; 9:195-8, 1999;
- Hillyer, Silberstein, Ness, Anderson, Roback. Blood Banking and Transfusion Medicine Basic Principles and Practice. 2<sup>nd</sup> Edition;
- Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Comitê Transfusional. 2006;
- Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Manual de orientação para uso de sangue hemocomponentes e aféreses terapêuticas. 3<sup>a</sup> edição;
- Mollison's. Blood Transfusion in Clinical Medicine. 11<sup>th</sup> Edition;
- Murphy, MF; Wallington, TB. Guidelines for the clinical use of red cell transfusions. Br J Haematol; 113:24-31, 2001;
- Petz, LD; Swisher SN; et al. Clinical Practice of Transfusion Medicine. 3<sup>rd</sup> Edition;
- RDC 34, ANVISA, 11 de junho de 2014;
- Roseff, SD; Leukoreduction of blood components. Curr Opin Hematol; 9:521-6, 2002.
- Roseff, SD; Luban, NLC; Manno, CS. Guidelines for assessing appropriateness of pediatric transfusion. Transfusion; 42:1398-1413. 2002;
- Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês. Guia de Condutas Hemoterápicas. 2<sup>a</sup> edição;
- Strauss, RG. Pretransfusion trigger platelet counts and dose for prophylactic platelet transfusions. Curr Opin Hematol; 2:499-502, 2005.