UDESC UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA | PPGENF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CHECKLIST DE SEGURANÇA TRANSFUSIONAL – 2ª VERSÃO JUL/25

NOME DO PACIENTE _____

DATA DE NASCIMENTO _____ **PRONTUÁRIO** _____ **LEITO** _____

ETAPA PRÉ-ANALÍTICA		ETAPA ANALÍTICA	
CONFIRMAR	**CHECAGEM**	**CONFIRMAR**	**CHECAGEM**
1. Todos os campos da SSH* estão devidamente preenchidos e assinados pelo médico solicitante?	( ) sim ( ) não	9. Os dados da amostra pré-transfusional conferem com os dados da SSH?	( ) sim ( ) não
2. O hemocomponente solicitado, quantidade e procedimentos especiais estão de acordo com o diagnóstico do paciente?	( ) sim ( ) não	10. O hemocomponente solicitado na SSH está disponível?	( ) sim ( ) não
3. O hemocomponente solicitado está prescrito no prontuário do paciente? Caso seja reserva cirúrgica assinalar com "não se aplica".	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	11. O hemocomponente apresenta a fenotipagem, volume e procedimento especial/modificação necessária?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
4. O paciente e/ou familiar assinou o TCLE?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	12. Os resultados dos exames realizados conferem com os resultados encontrados no histórico pré-transfusional?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
5. Paciente apresenta histórico pré-transfusional?	( ) sim ( ) não	13. Na presença de PAI* positiva, o setor em que o paciente se encontra e médico solicitante foram comunicados sobre os achados laboratoriais e condutas?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
6. Foi coletada amostra pré-transfusional? Caso seja amostra válida de 72h assinalar com "não se aplica"	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	14. No caso de hemocomponente não compatível, o médico solicitante autorizou a transfusão e assinou o termo de responsabilidade pela não compatibilidade?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
7. Se sim, todos os dados da etiqueta de identificação estão devidamente preenchidos, sem abreviaturas?	( ) sim ( ) não	15. Realizada a dupla conferência dos resultados de exames imuno-hematológicos no livro de registros?	( ) sim ( ) não
8. Em caso de solicitação de transfusão de emergência, o termo de autorização de transfusão foi preenchido, assinado pelo médico e está junto com os demais documentos?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	16. Realizada a dupla conferência da etiqueta de prova cruzada do hemocomponente x SSH com outro profissional antes do hemocomponente sair da AT?	( ) sim ( ) não

ISBN: 978-65-01-73299-2

ETAPA PÓS-ANALÍTICA		OBSERVAÇÕES
CONFIRMAR	**CHECAGEM**	
17. A inspeção visual do hemocomponente está conforme?	( ) sim ( ) não	
18. Os sinais vitais do receptor foram aferidos antes da transfusão?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
19. O receptor possui acesso venoso viável?	( ) sim ( ) não	
20. Foi realizado o repasse de informações ao paciente e/ou familiares sobre a transfusão do hemocomponente?	( ) sim ( ) não	
21. A dupla conferência do hemocomponente a beira-leito com o paciente/acompanhante foi realizada?	( ) sim ( ) não	
22. Em caso de receptor com rebaixamento de nível sensório a dupla conferência foi realizada com o profissional de saúde e com a pulseira de identificação/quadro de identificação do paciente?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
23. Os sinais vitais foram aferidos nos primeiros 10-15 minutos e ao final da transfusão?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
24. O receptor apresentou algum sinal de reação transfusional?	( ) sim ( ) não	
25. Foi tomada alguma conduta assistencial adicional com relação ao evento adverso/reação transfusional?	( ) sim ( ) não ( ) não se aplica	
26. Os registros transfusionais foram devidamente realizados no prontuário do receptor?	( ) sim ( ) não	

*SSH: solicitação de serviço hemoterápico
*PAI: pesquisa de anticorpos irregulares

ISBN: 978-65-01-73299-2