

SITUAÇÃO CLÍNICA	COMO RECONHECER	SINAIS DE GRAVIDADE	EXAMES/AVALIAÇÃO	CONDUTA IMEDIATA	MEDICAÇÕES/DOSES	TRANSFUSÃO	DESTINO/TRANSFERÊNCIA	PONTO DE ATENÇÃO
Crise Vaso-Oclusiva (CVO) / Dor Aguda	Dor óssea, articular ou abdominal intensa (EVA 8-10); início gradual ou abrupto.	Dor refratária (>12h no PS); febre; hipoxemia; reentrada após alta; instabilidade hemodinâmica.	EVA; Hemograma + reticulócitos; Função renal/eletrolitos; Gasometria (não confiar apenas na SatO ₂).	Analgesia em até 30-60 min; manter euvolemia (hidratar apenas se desidratado); O ₂ se hipoxemia.	Leve/Mod: Dipirona 1g 6/6h + Tramadol/Codeína. Grave: Dipirona + Morfina (0,1-0,15mg/kg IV). Refratária: PCA Morfina ou Cetamina.	Indicada se queda de Hb basal ou dor refratária. Não transfundir se não houver complicação.	Internação se persistência >12h ou necessidade de medicação venosa contínua.	RED FLAG: Nunca usar corticoides (desencadeiam crise). Evitar hiperidratação (risco de STA).
Síndrome Torácica Aguda (STA)	Novo infiltrado pulmonar + sintomas respiratórios (dor torácica, tosse, dispneia, febre).	SpO ₂ < 93%; necessidade de VM; evolução rápida do infiltrado; instabilidade.	RX ou TC de tórax; Gasometria arterial; Hemoculturas; POCUS (pediatria).	Iniciar antibiótico imediato; O ₂ (meta ≥ 93-95%); controle rigoroso de hidratação; incentivo respiratório.	Cefalosporina de 3ª geração (ex: Ceftriaxona) + Macrolídeo (ex: Azitromicina). Analgesia potente.	Concentrado de hemácias se queda de Hb ≥ 1,5-2,0 g/dL ou falta de resposta ao antibiótico.	Internação (média 10 dias); considerar UTI e CROSS se progressão rápida.	Pode surgir após cirurgias ou durante crise de dor (embolia gordurosa). RX inicial pode ser normal.
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Déficit neurológico focal agudo, alteração de fala, confusão ou convulsão.	Rebaixamento de consciência; déficits motores extensos.	Protocolo de neuroimagem (TC/Angio-TC); Glicemia capilar; Avaliação neurológica.	Acionar protocolo AVC; garantir via aérea; não aguardar evolução.	Trombólise IV em adultos é decisão especializada (não recomendada de rotina em crianças).	Transfusão de troca imediata (manual ou por aférese) para reduzir HbS para < 30%.	Referência imediata / UTI com suporte de hemoterapia e neurologia.	RED FLAG: No paciente falciforme, o tratamento é troca transfusional. Risco de sangramento.
Sequestro Esplênico	Esplenomegalia súbita, palidez acentuada, fraqueza e dor abdominal.	Choque hipovolêmico; instabilidade hemodinâmica; queda rápida de Hb.	Hemograma (Hb baixa); Reticulócitos ELEVADOS ; monitorização de diurese.	Estabilização hemodinâmica (acesso venoso calibroso); expansão volêmica cautelosa.	Not in source	Transfusão de hemácias emergencial (cautelosa para evitar hiperviscosidade e pós-sequestro).	Internação imediata / CROSS se instabilidade ou choque.	RED FLAG: Evolução rápida para óbito. Diferencia-se da crise aplástica pelos reticulócitos altos.

SITUAÇÃO CLÍNICA	COMO RECONHECER	SINAIS DE GRAVIDADE	EXAMES/AVALIAÇÃO	CONDUTA IMEDIATA	MEDICAÇÕES/DOSES	TRANSFUSÃO	DESTINO/TRANSFERÊNCIA	PONTO DE ATENÇÃO
Febre / Suspeita de Seps	Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ em paciente com asplenia funcional; prostração.	Choque; hipotensão; alteração do nível de consciência.	Hemoculturas; Hemograma; PCR; Urina 1; RX de tórax.	Aplicar protocolo de seps; colher culturas e iniciar antibiótico EV precoce (sem atraso).	Antibioticoterapia de amplo espectro para germes encapsulados.	Not in source	Conforme gravidade clínica e critérios de seps; considerar UTI.	Investigar simultaneamente pneumonia e STA em caso de sintomas respiratórios.
Priapismo	Ereção involuntária e dolorosa persistente, comum pela manhã.	Duração > 2 horas (risco de disfunção erétil permanente).	Avaliação urológica urgente.	Até 2h: hidratação, esvaziamento vesical e calor. >2h: aspiração/irrigação de corpos cavernosos.	Analgesia potente (conforme protocolo de dor grave); Agonista alfa-adrenérgico.	Troca transfusional se procedimento urológico não produzir detumescência.	Urgência urológica / CROSS se persistente > 2-4h sem recurso local.	RED FLAG: Não é 'ficha verde'. Emergência funcional que requer intervenção rápida.
Crise Aplástica	Queda aguda da hemoglobina sem esplenomegalia.	Anemia aguda sintomática; instabilidade hemodinâmica.	Hemograma com Hb baixa e Reticulócitos BAIXOS (reticulocitopenia).	Suporte hemodinâmico; investigação de infecção viral (ex: Parvovírus B19).	Not in source	Transfusão de hemácias conforme repercussão clínica.	Internação para monitoramento / Hematologia.	Diferencia-se do sequestro pela ausência de aumento do baço e reticulócitos baixos.
Anemia Aguda / Grave	Palidez acentuada, taquicardia, cansaço extremo.	Hb < 6 g/dL; sinais de baixo débito cardíaco.	Hemograma completo; Reticulócitos (essencial para etiologia).	Monitorização; oxigenioterapia; estabilização.	Not in source	Transfusão simples se Hb < 6 g/dL ou instabilidade. Alvo Hb 9-10 g/dL.	Referência se instabilidade ou necessidade transfusional recorrente.	ATENÇÃO: Não exceder Hb 10 g/dL em transfusão simples pelo risco de hiperviscosidade.