Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 276/2026-CGSH/DAET/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Uso de Ácido Tranexâmico (ATX) no Trauma.

2. CONTEXTO

2.1. O trauma é problema de saúde pública em todo o mundo, responsável por mais de 5 milhões de óbitos/ano, correspondendo a 9% da mortalidade global. No Brasil, é a principal causa de morte na população adulta jovem.

2.2. A hemorragia aguda permanece como uma das principais causas evitáveis de mortalidade no trauma, sendo responsável por 30% a 40% dos óbitos. No trauma grave, parcela expressiva das mortes ocorre nas primeiras 3 (três) horas, com 33% a 56% dos óbitos por hemorragia ocorrendo durante o atendimento pré-hospitalar. Isso confere ao APH papel decisivo na modificação do prognóstico.

2.3. O Ácido Tranexâmico - ATX é um antifibrinolítico sintético que atua por bloqueio competitivo da ligação do plasminogênio à fibrina, reduzindo a degradação do coágulo e atenuando a hiperfibrinólise. A hiperfibrinólise precoce é fenômeno descrito no trauma grave, estando associada à piora hemodinâmica, necessidade transfusional aumentada e maior mortalidade. Assim, a modulação farmacológica desse mecanismo representa intervenção fisiopatologicamente racional.

2.4. O ensaio clínico randomizado multicêntrico CRASH-2, envolvendo mais de 20 mil pacientes vítimas de trauma com hemorragia significativa, demonstrou redução estatisticamente significativa da mortalidade por sangramento quando o ATX foi administrado precocemente, até 3 (três) horas do início do evento hemorrágico.

2.5. Meta-análise subsequente com dados individuais de 40.138 pacientes evidenciou que o efeito do medicamento é tempo-dependente, **com aumento de 10% da mortalidade a cada 15 (quinze) minutos de atraso na administração** e perda completa do efeito protetor após 3 (três) horas. Não há incremento significativo de eventos tromboembólicos quando administrado dentro da janela terapêutica recomendada.

2.6. Estudos adicionais e a experiência pré-hospitalar reforçam que a administração precoce do ATX, integrada a protocolos de controle de hemorragia e estratégias de *Patient Blood Management* - PBM, contribui para melhora de sobrevida e racionalização do uso de hemocomponentes.

2.7. Diante dessa conjuntura, do baixo custo do medicamento, da simplicidade de administração intravenosa e da existência de janela terapêutica crítica, a utilização do ATX no atendimento de urgência e emergência constitui intervenção com elevado potencial de impacto em saúde pública.

3. POPULAÇÃO ELEGÍVEL

3.1. Adulto: Pacientes ≥ 16 anos vítimas de trauma com suspeita de hemorragia significativa.

3.2. Pediátrico: Pacientes < 16 anos vítimas de trauma grave com suspeita de hemorragia com risco de vida.

4. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO

4.1. Recomenda-se a administração do ATX no trauma em pacientes com hemorragia ou risco de sangramento importante de forma precoce, iniciando preferencialmente na primeira hora, no atendimento pré-hospitalar, nunca ultrapassando três horas do trauma.

4.2. Considera-se indicado quando tempo desde o trauma ≤ 3 horas E pelo menos UM dos seguintes:

- PAS < 90 mmHg, **OU**
- FC > 110 bpm, **OU**
- Suspeita clínica de hemorragia (ex.: sangramento ativo, trauma de alta energia, múltiplas lesões, hemorragia externa importante, suspeita de hemorragia intratorácica/intra-abdominal/retroperitoneal/pélvica, amputação traumática, choque hemorrágico dentre outros.

4.3. Diante de **suspeita** de hemorragia significativa e na ausência de contraindicação, **a administração está indicada**. O conceito de incerteza clínica, respaldado pelos grandes ensaios, justifica a intervenção precoce devido ao perfil de segurança favorável e ao potencial benefício na redução da mortalidade. A ausência de confirmação laboratorial de coagulopatia ou hiperfibrinólise não deve retardar a administração do ATX quando houver suspeita clínica de hemorragia significativa ou risco de sangramento ameaçador à vida.

4.4. Uso de Ácido Tranexâmico - ATX no Trauma Pediátrico.

4.4.1. O ATX possui perfil de segurança favorável em pediatria, com baixo risco de eventos tromboembólicos. A evidência de benefício em mortalidade é limitada em ambiente civil, sendo mais robusta em cenário de trauma de combate.

4.4.2. Diretrizes atuais recomendam o uso de ATX em pediatria com trauma grave e suspeita de hemorragia significativa de acordo com o posicionamento da American College of Surgeons–Pediatric Trauma Society - ACS-PTS, 2023, e estudos PED-TRAX e TIC-TOC.

5. POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO

5.1. No trauma, deve ser administrado 1 grama de ácido tranexâmico por via intravenosa (IV), sob prescrição médica, em infusão lenta ao longo de aproximadamente 10 minutos, devendo ser a segunda dose de 1 grama em infusão contínua por oito horas.

5.2. Regimes alternativos utilizando 2 g IV em dose única têm sido estudados e podem apresentar vantagens logísticas, particularmente no ambiente pré-hospitalar. Sua adoção deve observar protocolos institucionais e a evidência disponível, não devendo ser interpretada como substituição automática do regime de 1 g + 1 g/8 h.

5.3. O uso pediátrico deve utilizar a dose de 15 mg/kg em *bolus* IV em 10 minutos, seguido de infusão de 2 mg/kg/h por 8 horas. A dose de 25 mg/kg em *bolus* IV (máx 2g) pode ser usada e corresponde à dose de 2g do paciente adulto.

5.4. Doses mais elevadas de ATX têm sido associadas, em diferentes contextos clínicos, a maior risco de convulsões; entretanto, a incidência absoluta observada nos estudos de trauma permanece baixa e a magnitude desse risco com os diferentes regimes de 2 g ainda é incerta.

5.5. A administração deve ocorrer o mais precocemente possível, idealmente nos primeiros minutos após o evento e identificação do quadro hemorrágico, devendo ser iniciado

no local do atendimento ou durante o transporte. Doses elevadas podem aumentar risco de convulsão.

5.6. Ácido tranexâmico não deve ser administrado após três horas do trauma, em razão da possibilidade de pior prognóstico.

6. SEGURANÇA E CONTRAINDICAÇÃO

6.1. O ácido tranexâmico apresenta perfil de segurança favorável quando utilizado dentro da janela terapêutica recomendada. Grandes ensaios clínicos não demonstraram aumento significativo de eventos tromboembólicos associados à sua administração precoce.

6.2. O uso de ATX deve ser evitado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao medicamento. Em casos de insuficiência renal significativa, recomenda-se cautela e, quando necessário, ajuste da dose, especialmente diante de administração continuada. O histórico ou a presença de doença tromboembólica deve ser avaliado no contexto clínico, não sendo necessariamente considerado uma contraindicação absoluta ao uso de ATX em pacientes com trauma hemorrágico. Além disso, deve-se considerar o risco de convulsões, particularmente associado à administração de doses elevadas.

7. REGISTRO E RASTREABILIDADE

7.1. Deve ser registrado o horário estimado do trauma ou do início do sangramento, os critérios clínicos que fundamentaram a decisão terapêutica, o horário de administração e a dose administrada.

7.2. Informar: “Paciente recebeu de ácido tranexâmico na dose de Xg, administrado em XX minutos do evento”.

8. CONCLUSÃO

8.1. A administração precoce de ácido tranexâmico representa medida segura, custo-efetiva e respaldada por evidências científicas para redução da mortalidade por sangramento no trauma e deve ocorrer o mais precocemente possível a partir do trauma relacionado à hemorragia ou risco de sangramento significativo com aumento de 10% da mortalidade a cada 15 minutos de atraso na administração. Não há benefício demonstrado quando iniciado após três horas, havendo sinal de potencial dano na administração tardia.

8.2. A incorporação sistemática dessa intervenção no âmbito do atendimento de urgência, inclusive no atendimento pré-hospitalar, alinha-se às melhores práticas de manejo da hemorragia aguda e às estratégias contemporâneas de segurança do paciente, contribuindo para redução de óbitos evitáveis e otimização dos recursos assistenciais.

8.3. Para fins de operacionalização prática pelas equipes assistenciais, o modelo de atendimento e fluxograma de decisão encontram-se detalhados no Anexo I (0057725825) desta Nota Técnica.

9. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALI, A.; GRUEN, R. L.; BERNARD, S. A.; BURNS, B.; FORBES, A. B.; GANTNER, D. C.; MCARTHUR, C. J.; MAEGELE, M.; MITRA, B.; PATCH-Trauma trial investigators. Tranexamic Acid Timing and Mortality Impact After Trauma. Annals of Emergency Medicine, v. 87, n. 1, p. 83-89, 2026. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2025.06.609. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40751727/

BARRETT WJ, KAUCHER KA, ORPET RE, CAMPION EM, GOODLOE JM, FISCHER PE, COLWELL CB, LYNG JW. Tranexamic acid in trauma: A joint position statement and resource document of NAEMSP, ACEP, and ACS-COT. J Trauma Acute Care Surg. 2025 Sep 1;99(3):357-363. doi: 10.1097/TA.0000000000004727. Epub 2025 Aug 18. PMID: 40842057; PMCID: PMC12363306.

BORGMAN MA, NISHIJIMA DK. Tranexamic acid in pediatric hemorrhagic trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2023 Jan 1;94(1S Suppl 1):S36-S40. doi: 10.1097/TA.0000000000003775. Epub 2022 Aug 31. PMID: 36044459.

CRASH-2 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 376, n. 9734, p. 23-32, 2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60835-5. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20554319/

FRANCHINI, MASSIMO; MANNUCCI, PIER MANNUCCIO. The never ending success story of tranexamic acid in acquired bleeding. Haematologica, v. 105, n. 5, p. 1201-1205, 2020. DOI: 10.3324/haematol.2020.250720. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336684/

FRANCHINI, MASSIMO; LIUMBRUNO, GIANCARLO M. The key role of tranexamic acid in Patient Blood Management programmes. Blood Transfusion, v. 16, n. 6, p. 471-472, 2018. DOI: 10.2450/2018.0177-18. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30388070/

GAYET-AGERON, ANGÈLE; PRIETO-MERINO, DAVID; KER, KATHARINE; SHAKUR, HALEEMA; AGERON, FRANÇOIS-XAVIER; ROBERTS,

IAN; ANTIFIBRINOLYTIC TRIALS COLLABORATION. Effect of treatment delay on the effectiveness and safety of antifibrinolytics in acute severe haemorrhage: a meta-analysis of individual patient-level data from 40 138 bleeding patients. The Lancet, v. 391, n. 10116, p. 125-132, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32455-8. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126600/
MAZZEI M, DONOHUE JK, SCHREIBER M, ROWELL S, GUYETTE FX, COTTON B, EASTRIDGE BJ, NIRULA R, VERCRUYSSE GA, O'KEEFFE T, JOSEPH B, BROWN JB, NEAL MD, SPERRY JL. Prehospital tranexamic acid is associated with a survival benefit without an increase in complications: Results of two harmonized randomized clinical trials. J Trauma Acute Care Surg. 2024 Nov 1;97(5):697-702. doi: 10.1097/TA.0000000000004315. Epub 2024 Mar 25. PMID: 38523128; PMCID: PMC11422517.
MEZA MONGE K, DOMENE SS, DIAZ MENDOZA DL, VIDAL-GALLARDO A, ALFARO LLIQUE AM, RODRIGUEZ M, PREMCHANDRA P, ANWAR PANDYA S, ARRUARANA VS, ALEMAN PAREDES K, CALDERON MARTINEZ E. Effectiveness of Tranexamic Acid in Trauma Patients: A Systematic Review. Cureus. 2024 Jan 11;16(1):e52111. doi: 10.7759/cureus.52111. PMID: 38213943; PMCID: PMC10783610.
MCQUILTEN, ZOE K.; WOOD, ERICA M.; MEDCALF, ROBERT L. When to use tranexamic acid for the treatment of major bleeding? Journal of Thrombosis and Haemostasis, v. 22, n. 3, p. 581-593, 2024. DOI: 10.1016/j.jtha.2023.10.001. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538783623007353
ROSSAINT R, AFSHARI A, BOUILLON B, CERNY V, CIMPOESU D, CURRY N, DURANTEAU J, FILIPESCU D, GROTTKE O, GRØNLYKKE L, HARROIS A, HUNT BJ, KASERER A, KOMADINA R, MADSEN MH, MAEGELE M, MORA L, RIDDEZ L, ROMERO CS, SAMAMA CM, VINCENT JL, WIBERG S, SPAHN DR. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Crit Care. 2023 Mar 1;27(1):80. doi: 10.1186/s13054-023-04327-7. PMID: 36859355; PMCID: PMC9977110.
STANWORTH SJ, DOWLING K, CURRY N, DOUGHTY H, HUNT BJ, FRASER L, ET AL., ON BEHALF OF THE TRANSFUSION TASK FORCE OF THE BRITISH SOCIETY FOR HAEMATOLOGY. A guideline for the haematological management of major haemorrhage: A British Society for Haematology Guideline. *Br J Haematol*. 2022;198:654–667. **https://doi.org/10.1111/bjh.18275**
WOMAN TRIAL COLLABORATORS. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 389, n. 10084, p. 2105-2116, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28456509/

LUCIANA MARIA DE BARROS CARLOS
Coordenadora Geral
Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde

ARTHUR LOBATO BARRETO MELLO
Diretor
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

FELIPE AUGUSTO REQUE
Coordenador Geral
Coordenação-Geral de Urgência
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA
Diretor
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

Documento assinado eletronicamente por **Luciana Maria de Barros Carlos**, **Coordenador(a)-Geral de Sangue e Hemoderivados**, em 14/09/2026, às 10:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Arthur Lobato Barreto Mello**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 14/09/2026, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque**, **Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 15/09/2026, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira**, **Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/09/2026, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0057725827** e o código CRC **8E034B1F**.

Referência: Processo nº 25000.132000/2026-46 SEI nº 0057725827

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados - CGSH
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

FLUXOGRAMA – USO DE ÁCIDO TRANEXÂMICO (ATX) NO TRAUMA

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA
Avaliação inicial e medidas de suporte (controle de hemorragia e reanimação)

1. HÁ SUSPEITA DE HEMORRAGIA SIGNIFICATIVA OU RISCO DE SANGRAMENTO IMPORTANTE?

NÃO → **NÃO INDICAR ATX**
Manter cuidados convencionais

SIM

2. TEMPO DESDE O TRAUMA É ≤ 3 HORAS?

NÃO → **NÃO ADMINISTRAR ATX**
Após 3 horas do trauma, pode haver pior prognóstico

SIM

3. O PACIENTE APRESENTA PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS ABAIXO?

- PAS < 90 mmHg
- FC > 110 bpm
- **Avaliação clínica de risco de hemorragia significativa** (ex.: sangramento ativo, trauma de alta energia, múltiplas lesões)

NÃO → **AVALIAR QUADRO CLÍNICO**
Se persistir suspeita de hemorragia significativa e na ausência de contraindicação, considerar uso de ATX precocemente.

SIM

4. SEM CONTRAINDICAÇÃO PARA O USO DA ATX?
Exemplos: história de trombose ativa, CIVD estabelecida, alergia conhecida ao ATX.

NÃO → **NÃO ADMINISTRAR ATX**
Considerar outras condutas e tratamento do sangramento

SIM

ADMINISTRAR ATX IMEDIATAMENTE
O mais precocemente possível: idealmente nos primeiros minutos após o evento e durante o atendimento/transporte.
Respeitar janela terapêutica: ≤ 3 horas do início do evento hemorrágico.

ADULTO (≥ 16 anos)

ESQUEMA RECOMENDADO
- 1 g (100 mL) IV em infusão lenta em ~10 minutos
- Em seguida, 1 g em infusão contínua por 8 horas

ALTERNATIVA (bolus)
- 2 g IV em bolus

Pode facilitar a administração, especialmente no atendimento pré-hospitalar. Associada a pequeno aumento na taxa de convulsões, porém com baixa incidência.

PEDIÁTRICO (< 16 anos)

ESQUEMA RECOMENDADO
- 15 mg/kg IV em bolus em 10 minutos
- Em seguida, 2 mg/kg/h em infusão contínua por 8 horas

ALTERNATIVA (bolus)
- 25 mg/kg IV (máx. 2 g)

Corresponde à dose de 2 g do paciente adulto.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Cada 15 minutos de atraso na administração reduz o benefício.
- Não há incremento significativo de eventos tromboembólicos quando administrado dentro da janela terapêutica recomendada.
- Integrar o uso do ATX aos protocolos de controle de hemorragia e estratégias de Patient Blood Management (PBM).
- Baixo custo, administração simples (IV) e alto potencial de impacto na redução da mortalidade por sangramento.

5. REGISTRAR E DOCUMENTAR
- Horário do trauma (início do evento hemorrágico)
- Critérios que justificaram a indicação do ATX
- Horário da administração
- Dose utilizada
- Resposta clínica e intercorrências

ATENÇÃO: O ATX não substitui as medidas cirúrgicas e intervenções de controle de hemorragia. Reavaliar continuamente o paciente e ajustar condutas conforme evolução clínica.

Fonte: Nota técnica conjunta Nº 276/2026-CGSH/DAET/SAES/MS–Uso de Ácido Tranexâmico(ATX) no Trauma

USO DE ÁCIDO TRANEXÂMICO (ATX) NO TRAUMA

INTERVENÇÃO PRECOCE SALVA VIDAS

CONTEXTO

O trauma é um problema de saúde pública e a hemorragia é responsável por **30% a 40%** dos óbitos evitáveis.
Grande parte das mortes ocorre nas **primeiras 3 horas.**

O Ácido Tranexâmico (ATX) é um antifibrinolítico que reduz a degradação do coágulo, atuando contra a hiperfibrinólise precoce.

Evidências robustas (estudo CRASH-2 e meta-análises) demonstram **redução da mortalidade por sangramento** quando administrado precocemente (**até 3 horas do início do sangramento**), sem aumento significativo de eventos tromboembólicos.

POPULAÇÃO ELEGÍVEL

ADULTO
Pacientes ≥ 16 anos vítimas de trauma com suspeita de hemorragia significativa.

PEDIÁTRICO
Pacientes < 16 anos vítimas de trauma grave com suspeita de hemorragia com risco de vida.

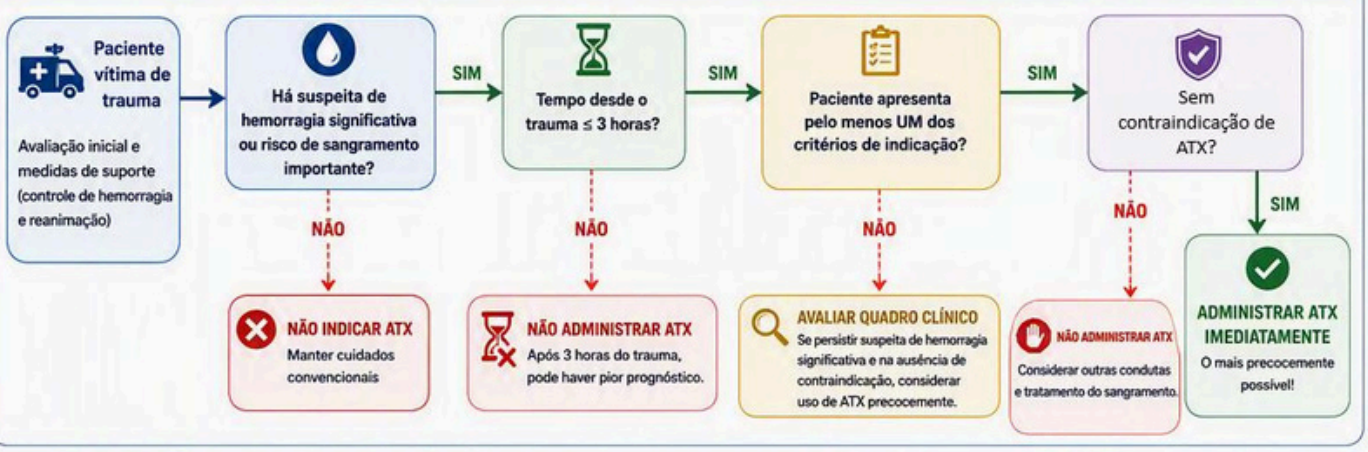
CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO

Recomenda-se a administração precoce de ATX (no pré-hospitalar, quando possível) em tempo **≤ 3 horas** do início do evento hemorrágico E pelo menos UM dos critérios abaixo:

- **PAS < 90 mmHg**
- **FC > 110 bpm**
- **Avaliação clínica de risco de hemorragia significativa** (ex.: sangramento ativo, trauma de alta energia, múltiplas lesões)

Diante de suspeita de hemorragia significativa e na ausência de contraindicação, a administração está indicada. O benefício é tempo-dependente: cada 15 minutos de atraso reduz o efeito protetor e após 3 horas não há benefício e pode haver pior prognóstico.

FLUXOGRAMA DE DECISÃO



POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO

ADULTO (≥ 16 anos)

ESQUEMA RECOMENDADO
- 1 g (1000 mg) IV em infusão lenta em ~10 minutos
- Em seguida, 1 g (1000 mg) em infusão contínua por 8 horas

ALTERNATIVA (bolus)
- 2 g IV em bolus

Pode facilitar a administração, especialmente no atendimento pré-hospitalar. Associada a um pequeno aumento no risco de convulsões, porém com baixa incidência.

PEDIÁTRICO (< 16 anos)

ESQUEMA RECOMENDADO
- 15 mg/kg IV em bolus em 10 minutos
- Em seguida, 2 mg/kg/h em infusão contínua por 8 horas

ALTERNATIVA (bolus)
- 25 mg/kg IV (máx. 2 g)

Corresponde à dose de 2 g do paciente adulto.

- Administrar o mais precocemente possível, idealmente nos primeiros minutos após o evento e identificação do quadro hemorrágico.
- Iniciar no local do atendimento ou durante o transporte.
- Doses elevadas podem aumentar risco de convulsão.
- NÃO administrar após três horas do trauma (risco de pior prognóstico).

SEGURANÇA E CONTRAINDICAÇÕES

O ATX apresenta perfil de segurança favorável quando utilizado dentro da janela terapêutica recomendada. Grandes ensaios não demonstraram aumento significativo de eventos tromboembólicos.

Contraindicações (exemplos):
- História de trombose ativa
- CIVD estabelecida
- Alergia conhecida ao ATX

Sempre avaliar o contexto clínico, benefício esperado e possíveis riscos antes da administração.

PONTOS-CHAVE

- **O TEMPO É CRÍTICO** — Até 3 horas do início do sangramento.
- **ATX REDUZ MORTALIDADE** — quando administrado precocemente.
- **BENEFÍCIO > RISCO** — Perfil de segurança favorável.
- **BAIXO CUSTO E FÁCIL ADMINISTRAÇÃO** — Alto impacto em saúde pública.
- **INTEGRAÇÃO AO CONTROLE DE HEMORRAGIA E ESTRATÉGIAS DE PBM** (Patient Blood Management)

REGISTRAR E DOCUMENTAR

- Horário do trauma (início do evento hemorrágico)
- Critérios que justificaram a indicação do ATX
- Horário da administração
- Dose utilizada
- Resposta clínica e intercorrências

ATX PRECOCE, HEMORRAGIA CONTROLADA, MAIS VIDAS SALVAS.

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Nota técnica conjunta Nº 276/2026-CGSH/DAET/SAES/MS–Uso de Ácido Tranexâmico(ATX) no Trauma