

TERMO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Nº 001/2020 – HEMOAM

TERMO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Nº 001/2020 – HEMOAM, celebrado entre a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS – HEMOAM e o INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH, na forma abaixo:

Ao 8º (oitavo) dia do mês de julho do ano de dois mil e vinte (2020), nesta Cidade de Manaus, Estado do Amazonas, na sede da **FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS – HEMOAM**, situada à Av. Constantino Nery, nº 4397 – Chapada, CEP: 69.050-001, Fundação Estadual Pública, criada pela Lei n.º 1987, de 9/10/1990, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ (MF) sob o n.º 63.678.320/0001-15, isenta de Inscrição Estadual, Inscrição Municipal n.º 700.510-1, neste ato representado por sua Diretora-Presidente, a **DRA. MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO SAMPAIO CARVALHO**, brasileira, casada, médica, domiciliada e residente nesta Cidade de Manaus, Estado do Amazonas, Av. Efigênio Salles, Condomínio Jardim Vila Rica, n.º 8, Quadra D – Aleixo, CEP: 69.060-020, portadora da Carteira de Identidade n.º 541.982-4 SSP/AM, inscrita no CRM/AM n.º 1.889 e no CPF n.º 214.668.232-91, e, do outro lado, o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH**, Associação Civil de Direito Privado, sem Fins Lucrativos, Beneficente, Filantrópica, com seus Atos Constitutivos constantes na Ata de Assembleia Geral Extraordinária realizada em 31 de julho de 2018, devidamente registrado no 1º Ofício de Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelionato de Notas com o Código de Autenticação sob o n.º 77522208181721470646-2, em 22 de agosto de 2018, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ (MF) sob o n.º 23.453.830/0001-70, situada à Rua Dr. Cristiano Otttoni, n.º 233 – Bairro Centro, Cidade de Pedro Leopoldo, Estado de Minas Gerais, CEP: 33.600-000, filial Manaus DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica CNPJ (MF) sob o n.º 23.453.830/0022-22, Instituição responsável pela Gestão do Complexo da Zona Norte Hospital e Pronto Socorro Rinaldi Abdel Aziz, com sede nesta Cidade de Manaus, Estado do Amazonas, situada à Avenida Torquato Tapajós, n.º 9.250 – Colônia Terra Nova, CEP: 69.093-415, Unidade pertencente à Secretaria de Estado de Saúde – SUSAM, neste ato representado pelo seu Presidente, o **SR. JOSÉ CARLOS RIZOLI**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, à Avenida Marquês de São Vicente, n.º 576, Conjunto 1901 – Barra Funda, CEP: 01.139-000, portador do RG n.º 3148647-2 SSP/SP e inscrito no CPF n.º 171.893.228-68, com poderes para assinar este Termo, tendo em vista o que consta no **Processo Administrativo n.º 1823/2019 – HEMOAM**, doravante referido por **PROCESSO**, e o despacho autorizativo exarado pela Senhora Diretora-Presidente da Fundação HEMOAM, na presença das testemunhas adiante nominadas, resolvem firmar o presente **TERMO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS**, pelos parâmetros das **Minutas-Padrão nº 047 e 049/92-PGE**, o qual se regerá pelas normas da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, pela legislação pertinente, bem como pelas cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO: O presente **ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA** tem por objeto o **FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS**, pela Fundação HEMOAM e o Pronto-Socorro do Hospital da Zona Norte Delphina Rinaldi Abdel Aziz, localizado à Avenida Torquato Tapajós, n.º 9.250 – Colônia Terra Nova, CEP: 69.093-415, Manaus/Amazonas, conforme descrição do Plano de Trabalho.

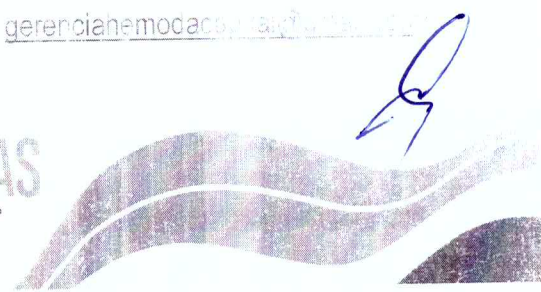
Parágrafo Único: Considerando que o INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH e o Governo do Estado do Amazonas firmaram o Contrato de Gestão nº 001/2019, em que o IMED passou a ser a entidade responsável pelo Gerenciamento e Operação dos Serviços de Saúde do Pronto-Socorro do Hospital da Zona Norte Delphina Rinaldi Abdel Aziz, Unidade de Saúde que será a beneficiária do Fornecimento dos Componentes Sanguíneos, objeto desse Termo.

CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES: As partes obrigam-se, na melhor forma de direito a cumprir o seguinte:

Parágrafo Primeiro: O INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH deve cumprir a legislação sanitária e hemoterápica e cumprir as normas vigentes relacionadas à atividade hemoterápica e de saúde, em especial a Resolução da ANVISA RDC nº 34, de 11/7/2014; Portaria de Consolidação nº 05 – Ministério da Saúde, de 28/9/2017; e Portaria de Consolidação nº 158, de 4/2/2016, ou outras que venham alterá-las, substituí-las ou complementá-las.

Parágrafo Segundo: Deve ainda a Partícipe atender às seguintes exigências:

- Cumprir o que determina o **Plano de Trabalho (ANEXO I)** e o **Manual de Atividades Hemoterápicas (ANEXO II)**;
- Manter o atendimento hemoterápico que compreende: indicação e prescrição dos hemocomponentes por Médico; coleta, identificação, transporte da amostra do receptor e realização dos exames pré-transfusionais por Técnicos em Hemoterapia; instalação e acompanhamento transfusional pela equipe de enfermagem;
- Responsabilidade Técnica de um Médico;
- Realizar os procedimentos hemoterápicos obedecendo às atuais legislações e demais resoluções pertinentes em vigor;
- Realizar o Ato Transfusional conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN nº 511/2016, assegurando assim uma melhor assistência aos pacientes, antes durante e após a realização dos procedimentos hemoterápicos;
- Fornecer condições físicas e técnicas para a implantação e utilização a plataforma HEMOSYS AT, no monitoramento das atividades hemoterápicas in loco e pelo hemocentro coordenador;
- Responsabilizar-se pelo manejo, tratamento e disposição final dos resíduos gerados na Agência Transfusional;
- Responsabiliza-se por realizar o rastreamento dos receptores de hemocomponentes envolvidos em casos de soro conversão de doadores;
- Realizar a notificação por escrito ao Hemocentro, dos receptores que apresentarem exames reagentes para doenças com suspeita de terem sido transmitidas por transfusão;
- Não fornecer, sob hipótese alguma, sangue e seus componentes a outros estabelecimentos de serviço a saúde, ainda que conveniados com o HEMOAM;
- Permitir o acesso nas instalações do Hospital da equipe de Captação de Doadores do HEMOAM, com o objetivo de recrutar doadores de sangue voluntário;
- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores as coletas programadas pelo HEMOAM, a fim de atender a demanda de sangue do hospital;
- Promover, incentivar e facilitar a participação dos profissionais em cursos e treinamentos, que serão ministrados pelo HEMOAM;
- Encaminhar ao Hemocentro relatórios (mapas de produtos hemoterápicos) mensais do quantitativo de transfusão realizada e produtos desprezados;
- Os mapas devem ser encaminhados via e-mail: gerencianemodaca@hemocentro.am.gov.br e hemorredeamazonas@gmail.com;



- Permitir a realização de visitas técnicas, para fins de verificação quanto ao cumprimento da legislação em vigor;
- Responsabiliza-se pelo transporte dos hemocomponentes;
- Prover os planos de manutenções preventivas, qualificação e calibração dos equipamentos;
- Devolver os componentes sanguíneos, quando não utilizados, seguindo o que determina o Manual de atividades Hemoterápicas;
- Encaminhar, à Fundação HEMOAM, doadores voluntário de sangue, não remunerados, e captados segundo critérios e orientada da Fundação HEMOAM;
- INDSH deverá realizar a integração do Sistema de Gestão Hospitalar AGFA, hoje implantado no Hospital Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz, com o Sistema Hemosys AT, sistema responsável por gerenciar os processos do Ciclo do Sangue dentro e fora do HEMAOM.

Parágrafo Terceiro: A **Fundação HEMOAM** obriga-se, na melhor forma de direito a:

- Fornecer os produtos hemoterápicos em conformidade com a legislação vigente;
- Fornecer o Manual de Atividades Hemoterápicas;
- Orientação Técnica conforme solicitação;
- Treinamentos específicos conforme solicitação e cronograma da Diretoria de Ensino e Pesquisa;
- Fornecer os hemocomponentes (bolsas dos produtos hemoterápicos) com os exames realizados e com segurança e qualidade, conforme as legislações vigentes;
- Receber os candidatos à doações encaminhadas pelo Hospital P.S. Delphina Abdel Aziz;
- Fiscalizar, cobrar e orientar o processo da Agência Transfusional.

Parágrafo Quarto: Na ocasião do Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH deixar de ser o responsável pela Gestão e Operação do Hospital e Pronto Socorro da Zona Norte Delphina Rinaldi Abdel Aziz, este termo será rescindido com o INDSH e devendo ser formalizado um novo Termo do Acordo de Cooperação Técnica diretamente com a Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM ou com um novo Responsável pela Gestão e Operação Hospitalar.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS NORMAS DISCIPLINARES: Nas relações de convivência disciplinar as partes observarão as seguintes normas:

- a) Quando for constatado que não foram cumpridas as exigências estabelecidas no Termo de Cooperação, bem como as diretrizes das Legislações Vigentes e o Manual de Atividades Hemoterápicas, o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH** será advertida e, se ainda assim continuar o descumprimento, a Fundação HEMOAM poderá decidir pela desistência da Cooperação Técnica.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO: A presente COOPERAÇÃO vigorará pelo prazo de **60 (sessenta) meses**, contados de **08/07/2020 até 07/07/2025**, não podendo ser prorrogado entre as partes.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESCISÃO DA COOPERAÇÃO: A presente COOPERAÇÃO poderá ser rescindida a qualquer tempo por iniciativa de qualquer uma das partes, notificada à outra, por escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, bem como poderá ser **alterado ou complementado** através de **Termo Aditivo**, mediante concordância plena e formal das partes.

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR: A presente COOPERAÇÃO não possui valor monetário ou transferência de recursos, visto seu caráter não oneroso para ambas as Acordantes.

CLÁUSULA SÉTIMA – FISCALIZAÇÃO: À Fundação HEMOAM é assegurado o direito, por meio da **GERÊNCIA HEMORREDE CAPITAL – GHC**, da sua pessoa a servidora, **SRA. TAYCIARA MAIA COSTA** e a servidora, **SRA. LUDIAN GOMES DA SILVA**, para fiscalizarem o Fornecimento dos Componentes Sanguíneos.

CLÁUSULA OITAVA – DA ACESSORIEDADE: Este contrato é acessório do principal que foi realizado entre o INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH e o Governo do Estado do Amazonas firmaram o Contrato de Gestão n.º 001/2019. Assim, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, este também se rescindiré ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de nenhuma comunicação formal neste sentido por nenhuma das partes, hipótese em que não haverá a cominação de nenhuma multa ou indenização, a nenhum título e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes.

CLÁUSULA NONA – DO FORO: As partes elegem o foro da Comarca de Manaus/AM, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir eventuais divergências decorrentes das obrigações e compromissos assumidos pelas mesmas perante esse Termo de Compromisso.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO: A FUNDAÇÃO HEMOAM obriga-se a promover a publicação do presente contrato, as suas expensas, devendo providenciá-la para ocorrer no prazo estabelecido no parágrafo único, do art. 61, da Lei n.º 8.666/93.

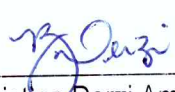
CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: E, por estar justas e acertadas, a **FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS – HEMOAM** e o **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH** assinam o presente ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA em 3 (três) vias de igual teor, para os mesmos efeitos legais e perante 2 (duas) testemunhas idôneas e identificadas.


Manaus, 8 de julho de 2020.


MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO SAMPAIO CARVALHO
Diretora-Presidente da **FUNDAÇÃO HEMOAM**


JOSÉ CARLOS RIZOLI
Presidente do **INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH**

Testemunhas:

1. 
Nome: Bárbara Cristina Derzi Amazonas Rodrigues
Ident.: CRA AM/RR N° 1-4883
End: Rua Assunção, Qd. 60, n.º 1 – Planalto.

2. 
Nome: Ricardo Maia de Souza
Ident.: 6420 OAB/AM
End: Rua Nhamudá, n.º 548 – Centro.

TERMO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Nº 001/2020 – HEMOAM

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO			
1 – DADOS CADASTRAIS			
ORG./ENTIDADE PROPONENTE: Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas			
Cidade: Manaus	UF: AM	CEP: 69.050-002	Tele: 3655-0100
2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO			
2.1. Título do Projeto: Regularização para fornecimento de componentes sanguíneos para a Agência Transfusional do Hospital Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz.			
2.2. Identificação do Projeto: Elaboração do Termo de Cooperação Técnica para regularizar o fornecimento de componentes Sanguíneo conforme a Portaria de Consolidação nº 5 DE 28/09/2017, 158/04/02/2016 e RDC nº 34/11/07/2014 e/ou outras que venham substituí-las.			
2.3. Período de Execução: Até 60 meses (sessenta) meses conforme Lei nº 8.666/93.			
3- JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
<p>Segundo o que preconiza a PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 5 de 28/09/2017, em seu Art.11. bem como em seus Parágrafos § 1º e § 3º, "(...) as Instituições de Saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimento de urgência e emergência, e que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT) (...)". Além disso, Na mesma portaria em seu Art. 272, refere que "(...) o serviço de hemoterapia que distribui componentes sanguíneo para estoque formalizará por escrito com o serviço de hemoterapia receptor, um contrato, convênio ou termo de compromisso no qual constará:</p> <ul style="list-style-type: none"> I- nomes de dados jurídicos das instituições envolvidas; II- responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das partes, respeitando-se todas normas técnicas constantes nesta Portaria. III- responsabilidade pelo transporte adequado do sangue e seus componentes, IV- penalidade para o não cumprimento das obrigações; e V- vigência. <p>O Art. 273, refere que em outras situações não contempladas nesta Portaria nº 05, quantos aos Contratos, Convênio e Termo de Compromisso ficarão a critérios das partes envolvidas, portanto a Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas considera justificável a necessidade de regularizar e formalizar o fornecimento de componentes sanguíneos e prestação de serviços para qualquer Instituição que faça uso de seus produtos, a fim de garantir a qualidade dos serviços hemoterápicos no Estado do Amazonas.</p>			

4- OBJETIVO GERAL E OBJETIVO ESPECÍFICOS

4.1. Geral:

Regularizar o fornecimento de sangue e seus componentes com todas as Instituições de saúde que fazem usos destes produtos no Estado do Amazonas.

4.2. Específico:

Garantir o cumprimento da legislação vigente sobre a atividade hemoterápica no Estado do Amazonas.

5- METODOLOGIA

5.1. Responsabilidade da Fundação HEMOAM:

- Fornecer os produtos hemoterápicos em conformidade com a legislação vigente;
- Fornecer o Manual de Atividades Hemoterápicas;
- Orientação Técnica conforme solicitação;
- Treinamentos específicos conforme solicitação e cronograma da Diretoria de Ensino e Pesquisa;
- Fornecer os hemocomponentes (bolsas dos produtos hemoterápicos) com os exames realizados e com segurança e qualidade, conforme as legislações vigentes;
- Receber os candidatos à doações encaminhadas pelo Hospital P.S. Delphina Abdel Aziz
- Fiscalizar, cobrar e orientar o processo da Agência Transfusional.

5.2. Responsabilidade INDSH-Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - Administrador do Hospital Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz.

- Manter o atendimento hemoterápico que compreende: indicação e prescrição dos hemocomponentes por Médico; coleta, identificação, transporte da amostra do receptor e realização dos exames pré-transfusionais por Técnicos em Hemoterapia; instalação e acompanhamento transfusional pela equipe de enfermagem.
- Responsabilidade Técnica de um Médico.
- Realizar os procedimentos hemoterápicos obedecendo às atuais legislações e demais resoluções pertinentes em vigor;

- Realizar o Ato Transfusional conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem COFEN nº511/2016, assegurando assim uma melhor assistência aos pacientes, antes durante e após a realização dos procedimentos hemoterápicos;
- Fornecer condições físicas e técnicas para a implantação e utilização a plataforma HEMOSYS AT, no monitoramento das atividades hemoterápicas in loco e pelo hemocentro coordenador;
- Responsabilizar-se pelo manejo, tratamento e disposição final dos resíduos gerados na Agência Transfusional;
- Responsabiliza-se por realizar o rastreamento dos receptores de hemocomponentes envolvidos em casos de soro conversão de doadores;
- Realizar a notificação por escrito ao Hemocentro, dos receptores que apresentarem exames reagentes para doenças com suspeita de terem sido transmitidas por transfusão;
- Não fornecer, sob hipótese alguma, sangue e seus componentes a outros estabelecimentos de serviço a saúde, ainda que conveniados com o HEMOAM;
- Permitir o acesso nas instalações do Hospital da equipe de Captação de Doadores do HEMOAM, com o objetivo de recrutar doadores de sangue voluntário;
- Promover o incentivo e encaminhamento de doadores as coletas programadas pelo HEMOAM, a fim de atender a demanda de sangue do hospital;
- Promover, incentivar e facilitar a participação dos profissionais em cursos e treinamentos, que serão ministrados pelo HEMOAM;
- Encaminhar ao Hemocentro relatórios (mapas de produtos hemoterápicos) mensais do quantitativo de

transfusão realizada e produtos desprezados;

- Os mapas devem ser encaminhados via e-mail: Gerenciahemodacapital@gmail.com / hemorredeamazonas@gmail.com;
- Permitir a realização de visitas técnicas, para fins de verificação quanto ao cumprimento da legislação em vigor;
- Responsabiliza-se pelo transporte dos hemocomponentes;
- Prover os planos de manutenção preventivas, qualificação e calibração dos equipamentos;
- Devolver os componentes sanguíneos, quando não utilizados, seguindo o que determina o Manual de atividades Hemoterápicos;
- Encaminhar, à Fundação HEMOAM, doadores voluntário de sangue, não remunerados, e captados segundo critérios e orientada da Fundação HEMOAM;
- INDSH deverá realizar a integração do Sistema de Gestão Hospitalar AGFA, hoje implantado no Hospital Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz, com o Sistema Hemosys AT, sistema responsável por gerenciar os processos do Ciclo do Sangue dentro e fora do HEMAOM.

5.3. Do Transporte

- O transporte de sangue e hemocomponente é exclusivamente de responsabilidade do Hospital Pronto Socorro Delphina/INDSH e, obrigatoriamente deve ser realizado por pessoas capacitadas para tal fim, observando-se o disposto na portaria 121 de 24/11/95 e Resolução 158 de 4 de fevereiro de 2016;
- O Hospital Delphina/INDSH deverá cadastrar junto ao setor de estoque e distribuição os motoristas que serão responsáveis pelo transporte;
- O sangue e hemocomponentes devem ser transportados em caixas térmicas em boas condições de limpeza, com etiqueta de identificação contendo o nome do Hospital e Cidade;
- As caixas térmicas deverão ser transportada em veículo fechado, não sendo possível à realização por moto ou bicicleta;
- As caixas para os transportes deverão conter termômetro para ambiente com graduação para mínimo e máximo;
- O concentrado de hemácias deverá ser transportado entre 1° a 10°C, com gelo reciclável, sendo que é necessário o uso de placa de polietileno para proteger o produto contra o contato direto com o gelo;
- O concentrado de plaquetas deverá ser transportado entre 20° a 24°C;
- O crioprecipitado e plasma congelado deverão ser transportados de maneira que se mantenha o congelamento, com a substância gelo seco ou gelopac (gelox) -20° C ou inferior;

Parágrafo único: Não poderão realizar o transporte motoristas não cadastrados. Em caso excepcionalmente o motorista poderá transportar sangue e componentes, desde que apresentem autorização por escrito do Responsável Técnico pela Agência Transfusional ou Direção do Hospital.

5.4. O armazenamento e condicionamento dos produtos

- O Hospital Delphina Aziz-INDSH deverá manter em condições técnicas ideais o armazenamento do sangue e hemocomponentes conforme disposto na Portaria Consolidação nº05/2017 e 121 de 24/11/95 e RDC 34/2014;
- Prover a aquisição de equipamentos apropriados para o processo da funcionalidade do serviço de hemoterapia da Agência Transfusional;
Manter o armazenamento adequado dos hemocomponente solicitados que serão mantidos no estoque da Agência Transfusional em temperatura padrão, conforme determina a Portaria Consolidação nº 05/2017 e RDC 34/2014;
- Responsabiliza-se pelas manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos, bem como, as instalações, qualificação e calibração dos equipamentos;

- Responsabilizar-se pelas eventuais corretivas referente a defeitos funcionais e reposição de peças, durante a utilização do equipamento;
- Deixar os equipamentos ligados a rede de emergência do hospital;
- Manter câmara e freezer para uso exclusivo do armazenamento de sangue e hemocomponentes, bem como dos reagentes, que deverá dispor de um termômetro compatível com a faixa da temperatura da umidade e armazenamento, mapa de registro da temperatura medida de 4 (quatro) horas;
- Obs.: Demais cláusulas serão evidenciadas no Termo de Cooperação Técnica.

5.5. Penalidades/ Sanções:

- Quando for constatado que não foram cumpridas as exigências estabelecidas no Termo de Cooperação Técnica, bem como, as diretrizes das legislações vigentes e o Manual de Atividades Hemoterápicas. O Hospital P. Socorro Delphina Aziz será advertido e, se ainda assim, continuar o descumprimento a mesma sofrerá Advertência e outras sanções por não cumprimento de suas obrigações, conforme os termos contratuais padronizado pela **PGE**- Procuradoria-Geral do Estado.

6 – METAS E RESULTADOS ESPERADOS

6.1. Metas:

- Realizar 2 (duas) visitas técnicas por ano para acompanhar a hemorrede na aplicação das diretrizes preconizadas pelas legislações vigentes quanto a atividades hemoterápicas;
- Garantir o fornecimento dos Hemocomponente com segurança e qualidade conforme determina as Portarias e legislação.

6.2. Resultados Esperados:

- Ter realizados todas as visitas técnicas na hemorrede e encaminhar os relatórios gerados para a Instituição com intuito de criar o Plano de Ação para sanar as não conformidades evidenciadas;
- Receber todos os Planos de Ações gerados pela visita técnica;
- Atender a demanda solicitada pelo Hospital P. Socorro Delphina Aziz- Zona Norte.

7- CAPACIDADE INSTALADA

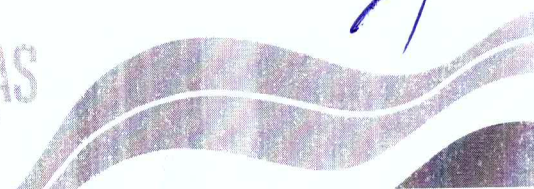
- Prover a aquisição de equipamentos apropriado para manter o armazenamento adequado dos hemocomponente, e realizar as calibrações, qualificação, instalações e as manutenções preventivas e corretivas em dia conforme preconiza a legislação em vigor.

8- MONITORAMENTO, FISCALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

- Checar in loco se as não conformidades evidenciadas foram sanadas;
- Acompanhar o processo de todas as atividades hemoterápicas;
- Analisar em conjunto com a Direção e RT ou representante indicado pelo Diretor, as problemáticas vivenciadas com relação a atividade hemoterápica e encontra as soluções;

9- PEDIDOS DE HEMOCOMPONENTES AO HEMOAM

- Um dos critérios para que a nova Agência Transfusional faça sua solicitação de estoque de hemocomponente ao Hemocentro Coordenador é a utilização da plataforma HEMOSYS exclusiva de controle e monitoramento de todo sangue que circula no Amazonas.
- É de responsabilidade do HPS Delphina Aziz que as solicitações de hemocomponentes sejam realizadas pelo Sistema Hemosys.
- Os pedidos de estoque só serão aceito mediante solicitação via HEMOSYS.
- Toda a rotina do ciclo do sangue dentro da Agência Transfusional, seja realizada na plataforma HEMOSYS.



10-ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE	10.1 – ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFE DO DEPARTAMENTO
Solicitamos aprovação. Manaus, //	Despacho de Aprovação Manaus, // () APROVADO () NÃO APROVADO
10.2 – Assinatura e Carimbo da Diretoria da Área. Manaus, // AUTORIZO:	10.3 – Visto da Diretora-Presidente

(Handwritten mark)

(Large handwritten blue scribbles)



TERMO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA FORNECIMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Nº 001/2020 – HEMOAM

ANEXO II

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS

**MANUAL DE ATIVIDADES HEMOTERÁPICAS DAS
AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS DE MANAUS**

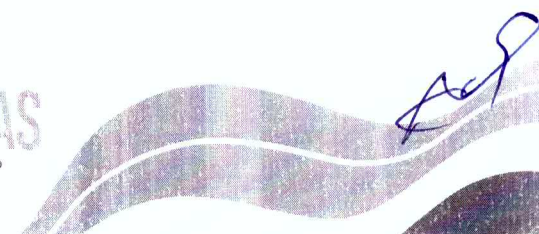
2016

Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM

Ciáusulas: Minuta-Padrão nº 049/92-PGE – Contrato de Fornecimento
c/c Minuta-Padrão nº 047/92-PGE – Contrato de Prestação de Serviços
Emitente: **MACM/BCDAR/RMS**



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO



Sumário

INTRODUÇÃO	3
1. MODALIDADES DE ATENDIMENTO HEMOTERÁPICO	4
2. AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	4
2.1 Espaço físico	4
2.2 Equipamentos necessários	4
2.3 Recursos humanos	5
3. CONTRATO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	5
4. SOLICITAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS	6
4.1 Solicitação de Componentes Sanguíneos para Estoque	6
4.2 Solicitação de Componentes Sanguíneos com Testes pré-transfusionais realizados	7
4.3 Devolução de Componentes Sanguíneos	7
5. TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS	7
6. TRANSPORTE DE PRODUTOS SANGUÍNEOS	8
7. ARMAZENAMENTO DOS COMPONENTES SANGUÍNEOS	9
8. FORMULÁRIOS E LIVROS NECESSÁRIOS	9
9. ATO TRANSFUSIONAL	12
9.1 Procedimentos pré-transfusionais	12
9.2 Ato transfusional: instalação e acompanhamento	12
9.3 Cuidados pós-transfusionais	13
10. REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	14
11. HEMOVIGILÂNCIA	15
12. COMITÊ TRANSFUSIONAL	15
13. RETROVIGILÂNCIA	16
14. COLETA DE RESÍDUOS	16
15. CAPTAÇÃO DE DOADORES	16
16. TREINAMENTO INICIAL E PERIÓDICO	16
17. ORIENTAÇÃO TÉCNICA	17



INTRODUÇÃO

Este manual é uma ferramenta que agrega informações relativas a sistemática operacional e de funcionamento dos serviços hemoterápicos e sua relação com a Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amazonas – HEMOAM, pois fornece informações norteadoras do serviço hemoterápico.

A FUNDAÇÃO HEMOAM é o órgão da secretaria de Estado da Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde através da Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados – CGSH, responsável pela coordenação geral da hemoterapia na capital e no interior do Estado do Amazonas e tem como missão “garantir sangue e assistência à saúde com qualidade, para salvar vidas, visando a segurança transfusional aos pacientes e a satisfação aos seus clientes.

Para garantir a melhoria contínua dos padrões de qualidade na prestação de serviços a sociedade Amazonense, a FUNDAÇÃO HEMOAM tem seus processos de hemoterapia, análises clínicas e logística certificados através da norma ISSO 9001, além de possuir certificações externas de programa de controle de qualidade dos seus laboratórios e é reconhecido como um dos centros de referência em Hematologia e Hemoterapia no Brasil.

Dr. Nelson Abrahim Fraiji
Diretor-Presidente



1. MODALIDADES DE ATENDIMENTO HEMOTERÁPICO

A Fundação HEMOAM oferece seus serviços a todas as instituições públicas e privadas do Estado do Amazonas. Para serviços de pequeno porte, onde não existe a necessidade de implantação de uma agência transfusional intra-hospitalar, o serviço é realizado através de contrato de fornecimento de componentes sanguíneos com testes pré-transfusionais realizados. Onde existe a necessidade de implantação de uma agência transfusional o serviço é realizado mediante contrato de fornecimento de componentes sanguíneos, neste caso os exames pré-transfusionais são realizados na própria instituição. Em qualquer das situações é necessário firmar contrato ou convênio com a Fundação HEMOAM.

Conforme determinam as legislações vigentes, instituições de saúde que realizam cirurgias de grande porte, atendimentos de urgência e emergência, ou que realizam mais de sessenta transfusões mensais, devem possuir uma agência transfusional dentro de suas instalações. Esta unidade hemoterápica tem como função armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores do hospital.

2. AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

2.1 Espaço físico

Este deverá obedecer as dimensões indicadas pela legislação vigente, com no mínimo 16 metros quadrados que possam abrigar os seguintes ambientes: recepção, sala de estocagem e armazenamento de produtos sanguíneos, sala de realização dos testes pré-transfusionais, ambiente para instalação da Capela de Fluxo Laminar se houver e conforto técnico com condições de higienização do pessoal técnico e limpeza diária das instalações físicas. Todos os ambientes deverão ser climatizados e providos de instalações elétricas, rede de abastecimento de água e esgoto.

A área física destinada à AT deve atender as especificações a seguir:

- Piso e paredes revestidos com material lavável;
- Bancadas de inox;
- Armários fechados para armazenamento de material;
- Pia para lavagem de mãos;
- Iluminação sobre bancada;
- Refrigeração que permita manutenção da temperatura ambiente entre 20 e 24°C;
- Comunicação interna/externa por ramal telefônico;
- Cobertura por sistema emergencial de energia (gerador);
- Acesso à internet.

2.2 Equipamentos necessários

- Agitador de plaquetas
- Alicates de ordenha
- Balança digital (quando houver pediatria)
- Banho-Maria
- Câmara de conservação de hemácias com termômetro
- Capela de Fluxo Laminar (quando houver pediatria)
- Centrifuga de tubos
- Freezer a -30°C
- Geladeira para guarda de reagentes e amostras sanguíneas
- Seladora para bolsas de sangue
- Termômetros
- Caixas Térmicas (para transporte interno e externo de hemocomponentes e uma caixa grande para o plano de contingência)

Obs.: A assistência técnica (Manutenções Preventivas e Calibrações) relativa aos equipamentos é de responsabilidade de quem está assumindo a gestão dos equipamentos.

2.3 Recursos humanos

Os recursos humanos das agências transfusionais são disponibilizados pelo hospital ou por serviço terceirizado. A equipe é constituída por um responsável técnico, um supervisor e profissionais técnicos, dimensionados de acordo com a demanda transfusional. Todos os profissionais devem possuir conhecimentos em hemoterapia.

De acordo com a legislação que rege as boas práticas da Hemoterapia brasileira, todo estabelecimento de saúde que possua Agência Transfusional deverá indicar um profissional, do quadro de pessoal, para assumir a Responsabilidade Técnica do Serviço.

O serviço laboratorial das agências transfusionais será realizado pelos técnicos de hemoterapia ou técnicos da área da saúde, capacitados e treinados para a rotina das Agências Transfusionais.

3. CONTRATO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Os contratos para fornecimento de hemocomponentes poderão ser estabelecidos mediante a manifestação formal da Instituição Hospitalar. Após essa solicitação será disponibilizada a ficha cadastral, a qual deverá ser preenchida e entregue junto com os documentos solicitados, para elaboração da minuta do contrato ou convênio a ser firmado. Será necessário cópia autenticada dos seguintes documentos:

- Contrato social da instituição hospitalar (para instituições privadas);
- Cadastro no CNPJ;
- CIC e RG do responsável pela Instituição Hospitalar;
- Licença sanitária da instituição hospitalar;
- Termo de responsabilidade técnica;
- CIC e RG do responsável técnico.

4. SOLICITAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

4.1 Solicitação de Componentes Sanguíneos para Estoque

A Agência Transfusional (AT) deverá fazer previamente, via telefone, contato com o Setor de Distribuição para verificar a disponibilidade de hemocomponentes para fornecimento.

Para receber os produtos solicitados é necessário que seja entregue o formulário de Solicitação de Componentes Sanguíneos para Estoque, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo responsável técnico da agência transfusional. Este deve ser isento de rasuras e deve conter as seguintes informações: identificação da Agência Transfusional solicitante (com nome), telefone de contato, data da solicitação, nome do responsável técnico solicitante, quantidade, tipo de produtos solicitados, datas do recebimento, data de envio, nome do técnico em hemoterapia despachante (setor distribuição), quantidade, tipo de produtos enviados (com suas respectivas numerações), hora do envio e assinada pelo responsável técnico.

Somente serão liberados hemocomponentes se a **SOLICITAÇÃO** estiver corretamente preenchida, inclusive com a assinatura do Responsável pela agência transfusional (AT).

O funcionário da AT, quando da retirada dos hemocomponentes, deverá apresentar documento de identificação, assinando o recebimento dos produtos.

Caso a **SOLICITAÇÃO** de hemocomponentes esteja rasurada ou ilegível a solicitação não será atendida.

Observações Importantes:

Cabe ao responsável técnico gerenciar o estoque de forma adequada e racional, para que não haja desperdício de componentes, solicitando somente o necessário para atendimento de seus pacientes, incluindo as urgências/emergências, mantendo os estoques compatíveis com sua necessidade, conforme média histórica.

É de responsabilidade da AT o controle para uso dos hemocomponentes recebidos do Hemocentro, dentro da validade preconizada que se encontra impressa nos rótulos dos hemocomponentes. A fim de pôr em prática o uso racional de sangue e hemoderivados, toda agência transfusional deve estabelecer o Estoque Mínimo, conforme dados estatísticos de consumo da própria agência.

É proibido o remanejamento de bolsas de sangue e hemocomponentes entre as agências transfusionais.

4.2 Solicitação de Componentes com Testes pré-transfusionais realizados

Os Hospitais/Clinicas que possuem contrato ou convênio com a FUNDAÇÃO HEMOAM para fornecimento de hemocomponentes com testes pré-transfusionais realizados, deverão fazer a solicitação previamente, via telefone, no setor de compatibilidade para informar a necessidade de transfusão e após encaminhar a solicitação acompanhada da amostra de sangue do receptor, identificada conforme preconiza a legislação.

Nos casos de Unidades Privadas deve-se encaminhar a solicitação de transfusão de sangue e componentes sanguíneos acompanhado da Guia SADT (Convênio). É obrigatório que o formulário seja preenchido em sua totalidade, seja datado e assinado pelo médico solicitante. O formulário de solicitação de transfusão deve ser da instituição hospitalar, conforme modelo (anexo 2) disponibilizado para a instituição.

Não serão aceitos pelo serviço de hemoterapia fornecedor formulários que não estiverem preenchidos corretamente.

A amostra necessária para a realização dos testes de compatibilidade deve ser coletada única e exclusivamente para este fim e tem validade de 72 horas, após ultrapassado esse tempo deverá ser realizado nova coleta de amostra. Esta deve ser realizada em condições assépticas, em sistema fechado e estéril. Conforme determina a legislação, a coleta deve ser realizada por profissional da enfermagem, em tubo com anticoagulante (EDTA), tubo de tampa roxa.

Os TUBOS devem ser rigorosamente rotulados no momento da coleta e identificados com canetas cuja tinta não se apague com umidade, contendo as seguintes informações: o nome completo do receptor, sem abreviaturas, número de identificação, identificação do coletador e data da coleta, preferencialmente em etiquetas impressas. Tubos não identificados corretamente não serão aceitos pelo serviço de hemoterapia.

A amostra deve ser colocada em estantes gradeadas e acondicionada em caixa térmica com termômetro de máxima e mínima (temperatura de transporte 1° a 10°C) e material refrigerante, junto com os formulários preenchidos.

Quando não houver a transfusão dos produtos solicitados a instituição de saúde solicitante deverá devolver ao serviço de hemoterapia e informar o motivo da devolução **no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas**, contadas a partir do recebimento dos mesmos, devidamente protocolados e documentados, sendo que no caso de concentrado de plaquetas, o prazo será de 24 (vinte e quatro) horas.

Em casos de Reserva Cirúrgica comunicar o serviço de hemoterapia sobre as suas necessidades, eletivas de grande porte, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

Todas as solicitações de transfusão serão atendidas conforme disponibilidade do produto no hemocentro.

4.3 Devolução de Componentes

Para a devolução de componentes sanguíneos é necessário o preenchimento do formulário de Devolução de Componentes Sanguíneos para o HEMOAM (anexo 3).

5. TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

As ações pré-transfusionais são realizadas pelos Técnicos em Hemoterapia e consistem na realização da classificação do receptor quanto ao sistema ABO (forma direta e reversa), quanto ao sistema RhD e realização de testes laboratoriais de compatibilidade doador-receptor.

Os testes pré-transfusionais consistem em Provas de Compatibilidade (PC) e inclui os seguintes testes

- Tipagem sanguínea ABO com prova direta e reversa no receptor.
- Tipagem Rh(D) e prova de D fraco em todos os pacientes Rh(D) negativos.
- Pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) do receptor, utilizando controles positivos e negativos.
- Retipagem ABO e Rh da bolsa de sangue e prova cruzada maior (PCM) entre as hemácias do doador e o soro do receptor.

A liberação de concentrado de hemácias *sem provas de compatibilidade* poderá ser feita desde que obedeça os critérios da legislação vigente.

Em caso de Prova Cruzada Maior (PCM) **INCOMPATÍVEL** e Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) **POSITIVO** nas duas suspensões de hemácias realizar o Teste de AUTOCONTROLE. Se este for **POSITIVO** encaminhar a amostra para o Setor de Pesquisa de Anticorpos da Fundação HEMOAM.

Em caso de **PCM COMPATÍVEL** e **PAI POSITIVO**:

Em caso de **URGÊNCIA** liberar a bolsa como compatível e solicitar que a transfusão seja acompanhada durante toda sua duração.

Caso contrário, encaminhar a amostra para o HEMOAM acompanhada de formulário próprio (ANEXO 4) para que seja identificado o anticorpo e providenciada uma bolsa compatível.

Em casos de pacientes graves com anticorpos previamente identificados e ou paciente com anemia hemolítica autoimune, deve-se enviar a amostra para o Setor de Pesquisa de Anticorpos do HEMOAM para compatibilizar uma bolsa para o paciente.

Em caso de dúvidas quanto aos procedimentos técnicos para a liberação de hemocomponentes incompatíveis deve-se contatar o Responsável Técnico da agência transfusional.

6. TRANSPORTE DE PRODUTOS SANGUÍNEOS

O envio de componentes sanguíneos para uso terapêutico e o recebimento de amostras de sangue de outras instituições de assistência à saúde obedecerá as normas de biossegurança e as exigências relacionadas a sua conservação.

O transporte dos produtos sanguíneos compreende a logística utilizada para realizar o abastecimento das unidades hemoterápicas através dos tipos e vias de transporte disponíveis e viáveis para o deslocamento pretendido. A necessidade de transporte poderá ser devido a rotina, urgência e emergência.

O transporte poderá ser feito em veículos automotores e em motocicletas. Os transportadores de componentes sanguíneos deverão estar legalmente habilitados para realizar a atividade de motoristas de automóvel ou de motocicletas (motoboys).

Eles deverão ser treinados e capacitados para o transporte seguro seguindo as normas da legislação e para ações que serão realizadas em eventualidades extraordinárias, como por exemplo, acidentes de percurso.

Os recipientes de transportes deverão ser resistentes, capaz de impedir vazamento e favorecer a lavagem e desinfecção regular. As condições de transporte e acondicionamento de sangue total e componentes sanguíneos devem estar de acordo com a capacidade de empilhamento e sistema de monitoramento de temperatura. Estas serão validadas a fim de garantir a integridade do produto durante todo o percurso previsto.

Crítérios para os transportes:

Os **Concentrados de Hemácias** e **Amostra de Sangue** deverão ser transportados na faixa de temperatura de 1°C a 10°C em até 24 horas de transporte com gelo reciclável em quantidade necessária para manutenção da temperatura exigida na legislação.

Os **Concentrados de Plaquetas** deverão ser transportados na faixa de temperatura de 22°C +/- 2°C em até 24 horas de transporte. Com presença de gelo reciclável caso em condições de altas temperaturas.

Plasma Fresco Congelado e **Crioprecipitado** deverão ser transportados em estado congelado em até 24 horas de transporte ou se descongelados na temperatura de 1° a 10°C em 24 horas de transporte.

No ato do recebimento dos produtos solicitados deverá ser **PREENCHIDO E ASSINADO** o formulário de Controle de Registro de Temperatura dos Hemocomponentes Recebidos.

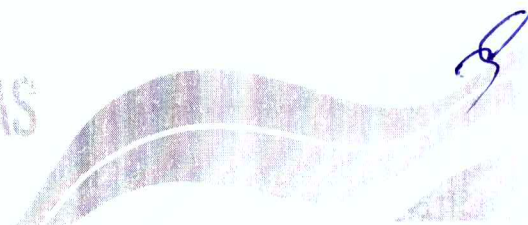
Todos esses procedimentos deverão ser realizados nos casos em que haja a necessidade de remanejamento de bolsas de produtos sanguíneos entre agências transfusionais pertencentes ao mesmo hemocentro distribuidor, havendo a obrigatoriedade da informação do remanejamento ao Setor da Distribuição para alimentar o Sistema de Acompanhamento à Doação (SAD) do destino de cada unidade de produtos sanguíneo remanejada.

7. ARMAZENAMENTO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

As câmeras de conservação em que se armazenam o sangue e os componentes sanguíneos deverão ser apropriadas para esta finalidade e de uso exclusivo. A temperatura do equipamento deve ser monitorada por termômetros que faça a leitura das temperaturas de máxima e mínima, devidamente calibrados. O registro deve ser feito em planilhas (anexo 6).

Os critérios para o armazenamento:

- Concentrado de Hemácias: 2 a 6°C (câmara de refrigeração específica para bolsas)
- Concentrado de Plaquetas: 20 a 24°C, (em agitação contínua)
- Plasma (PFC): - 20°C (freezer)
- Crioprecipitado: -20°C (freezer)



É necessário que as câmaras de conservação para CH, CP e PFC possuam registrador gráfico contínuo de temperatura, caso não possua deve-se ter termômetros (máxima e mínima). A verificação e registro da temperatura deve ser realizada a cada quatro horas e registrada no Formulário de Registro de Temperatura (anexo 7).

8. FORMULÁRIOS E LIVROS NECESSÁRIOS

Estes são padronizados e os modelos fornecidos pela Fundação HEMOAM. Este devem ser utilizados para os fins a que se destinam, preenchidos corretamente e sem rasuras. Os registros relacionados ao destino dos hemocomponentes devem ser arquivados por vinte anos. Os demais permanecem armazenados por cinco anos, no mínimo.

a) Requisição de Transfusão (anexo 2)

O formulário de solicitação de transfusão, utilizado para solicitar a liberação de hemocomponentes para um paciente específico, devem ser fornecidos em duas vias. O preenchimento deve ser responsabilidade do médico solicitante e as informações solicitadas devem ser definidas pela legislação vigente (anexo 1). Formulários rasurados ou incompletamente preenchidos não devem ser aceitos para fins de liberação de hemocomponentes. As vias devem ser destinadas, para fins de rastreabilidade dos hemocomponentes:

- 1ª via: enviada ao Hemocentro.
- 2ª via: afixada no prontuário do paciente.

Tempo de arquivo: mínimo 20 anos.

b) Ficha de devolução de hemocomponentes: (anexo 3)

Usado para documentar a devolução de hemocomponentes para o Hemocentro especificando o motivo que levou à devolução da bolsa. É preenchido em duas vias – a primeira acompanha o hemocomponente devolvido e a segunda é arquivada na agência Transfusional.

Tempo de arquivo: mínimo 20 anos.

c) Solicitação de hemocomponentes para estoque: (anexo 1)

Usado para documentar a solicitação de hemocomponentes para estoque na Agência Transfusional. Contém as informações necessárias à solicitação do hemocomponente para estoque e as unidades disponibilizadas. Deve ser preenchido em duas vias – a primeira para guarda do Hemocentro e a segunda para controle e arquivamento na Agência Transfusional.

Tempo de arquivo: mínimo 20 anos.

d) Mapa de controle de temperatura do ambiente: (anexo 6)

Registro diário de temperatura ambiente (anexo 6) e dos equipamentos de armazenamento de hemocomponentes.

- Tempo de arquivo: 5 anos na AT.

Mapa de controle de temperatura dos equipamentos: (anexo 7)

Registro diário de temperatura ambiente (anexo 6) e dos equipamentos de armazenamento de hemocomponentes.

- Tempo de arquivo: 5 anos na AT.

e) Ficha de Notificação de eventos transfusionais adversos (anexo 8)

Utilizada para realizar a notificação dos eventos transfusionais adversos suspeitos. As fichas devem ser preenchidas em três vias.

- 1ª via: enviada ao Hemocentro.
- 2ª via: afixada no prontuário do paciente.
- 3ª via: arquivada na AT.
- Tempo de arquivo: 20 anos.

Livro de transfusão:

Usado para registrar todo o movimento de entrada e saída de hemocomponentes, de acordo com exigência da legislação. Permite estabelecer o destino de todos os componentes.

Tempo de arquivo: 20 anos.

f) Livro de entrada e saída de hemocomponentes:

Usado para registrar todo o movimento de entrada e saída de hemocomponentes, de acordo com exigência da legislação. Permite estabelecer o destino de todos os componentes.

Tempo de arquivo: 20 anos.

g) Livro de compatibilidade e tipagem:

Usado para registrar o movimento de provas de compatibilidade e transfusões realizadas na AT. Permite acompanhar o movimento de provas pré-transfusionais, classificação sanguínea dos pacientes e confirmar as unidades transfundidas.
Tempo de arquivo: 20 anos.

h) Livro de registro de reações transfusionais:

Usado para registrar os eventos adversos transfusionais imediato e tardio, a partir da notificação.
Tempo de arquivo: 20 anos.

i) Livro de registro de ocorrências:

Livro ata para registro das ocorrências técnicas e administrativas da AT, quando houver. A abertura pelo Responsável Técnico da AT.

Tempo de arquivo: 20 anos na AT.

Além destes formulários e registros a AT deve manter atualizadas pastas com Procedimentos Operacionais Padrão e comprovação de treinamento da equipe, comprovação de formação dos profissionais da AT, relatórios de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.

9. ATO TRANSFUSIONAL

9.1 Procedimentos pré-transfusionais

O procedimento transfusional é executado por profissionais da enfermagem, os quais devem ser capacitados para desempenhar as atividades com competência e segurança para o paciente.

Para a equipe de enfermagem, o ato transfusional tem início a partir do recebimento da solicitação de hemocomponentes e da prescrição médica. Inicia-se a assistência de enfermagem após a conferência do correto preenchimento dos dados impressos citados e a confirmação dos dados do receptor.

O cliente deve ser orientado sobre todos os aspectos que envolvem seu tratamento. Ao iniciar os procedimentos referentes à transfusão, o profissional de enfermagem deverá apresentar-se ao cliente e informá-lo sucintamente sobre todas as fases que envolvem o ato transfusional, registrando em prontuário o atendimento e as informações fornecidas. A coleta das amostras de sangue do receptor pode ser feita somente por pessoa capacitada e treinada para realizar tal tarefa. O paciente deve ser identificado e ser questionado verbalmente sempre que possível sobre a sua identidade. A rotulagem dos tubos de amostras deve ser feita imediatamente após a coleta, pela mesma pessoa que as coletou, e, preferencialmente, no mesmo local. Somente após cumprir estas etapas é que outro paciente pode ser atendido.

O serviço de hemoterapia deve aceitar somente as requisições e as amostras adequadamente preenchidas, rotuladas e acondicionadas. As amostras usadas para a realização de provas de compatibilidade deverão ser recentes (menos de 48 horas), coletadas somente para este fim, não se devendo aproveitar amostras que foram utilizadas para outros exames.

Os tubos devem ser rotulados no momento da coleta, e os dados constantes na etiqueta de identificação da amostra de sangue do receptor e da requisição de sangue devem ser iguais. Os tubos com identificação incorreta não devem ser aceitos pelo laboratório responsável pela realização da prova de compatibilidade.

Antes de encaminhar a amostra do paciente para realização dos testes pré-transfusionais, o profissional que realizou a coleta deve conferir os dados de identificação do cliente, no tubo e na requisição. O técnico que receber a amostra deve proceder à mesma conferência. Em caso de dúvida, deve-se coletar nova amostra.

As amostras devem ser transportadas em maletas térmicas, imediatamente após a coleta.

Na Agência Transfusional os profissionais realizarão as ações pré-transfusionais, estas consistem em realizar a classificação do receptor quanto ao sistema ABO (forma direta e reversa), quanto ao sistema RhD e realização de testes laboratoriais de compatibilidade doador-receptor.

9.2 Ato transfusional: instalação e acompanhamento

O ato transfusional pode ser definido como todas as atividades desenvolvidas pelo profissional que presta assistência direta ao cliente, no momento da instalação do hemocomponente. Compreende três fases: período pré-, trans- e pós-transfusionais.

A transfusão de qualquer hemocomponente deve ser realizada somente através de filtros que impeçam a passagem de coágulos ou grumos de plaquetas e leucócitos.

O profissional responsável pela instalação do hemocomponente deverá verificar a integridade do produto e conferir a prescrição médica e a prescrição de enfermagem, observando os seguintes dados:

- Identificação do cliente (nome e número de registro);
- Verificar se o número e tipo no rótulo do sangue ou hemocomponente no prontuário do paciente estão corretos;
- Dose prescrita e dose fornecida;
- Verificar duas vezes o rótulo da bolsa do sangue ou hemocomponente para assegurar-se de que o grupo ABO e tipo Rh concordam com o registro de compatibilidade.
- Observações relativas aos cuidados;
- Necessidade de pré-medicação (cliente com história clínica de reações transfusionais) e de procedimentos especiais (produto deleucocitado, lavado ou irradiado);
- Verificar a temperatura, pulso, respiração e pressão arterial do paciente estabelecendo uma referência para comparar os sinais vitais durante a hemotransfusão. Se o paciente estiver dentro dos parâmetros normais, o profissional de enfermagem deve proceder à instalação do hemocomponente. Temperatura superior a 38°C deverá ser feita a solicitação de avaliação médica. Retardar a transfusão, se possível, até que a febre seja controlada, em caso de necessidade imediata de transfusão, administrar antitérmicos, conforme prescrição médica; usar compressas frias em região axilar e inguinal. Caso a temperatura estiver abaixo de 35,5°C, a conduta a ser realizada deverá ser a solicitação de uma avaliação médica, e logo após, manter o cliente aquecido e proceder à infusão do hemocomponente com gotejamento lento. Pressão arterial elevada, o enfermeiro deverá solicitar avaliação médica; retardar a administração até que a pressão arterial seja controlada. Em caso de necessidade imediata de transfusão, administrar diuréticos e/ou anti-hipertensivos conforme prescrição médica. Realizar a transfusão, infundindo lentamente e mantendo o cliente sentado. Monitorar PA, interrompendo a transfusão em caso de elevação dos níveis pressóricos.

Sobre o acesso venoso é necessário escolher um local de punção que proporcione ao cliente maior mobilidade e conforto possível. Usar escalpe (nº 19 ou 21) ou cateter de infusão periférica (nº 20 ou 22). Manter o acesso venoso com solução fisiológica a 0,9%.

Pacientes com acesso venoso difícil devem usar cateter de infusão periférica (nº 22 ou 24). **Não usar** escalpe com calibre 23, 25 ou 27; **Não pressionar** a bolsa de sangue com a finalidade de impulsionar a infusão do hemocomponente. Para realizar a transfusão, pode-se usar cateter implantado ou semi-implantado, desde que respeitadas às técnicas para manipulação.

Acesso venoso com infusões paralelas: Somente usar o soro fisiológico a 0,9%; **Não adicionar** nenhuma substância ao hemocomponente; **É proibido** infundir soluções que contenham gluconato de cálcio na mesma via em que se realiza a transfusão; **Não se deve** realizar a transfusão enquanto se administram anfotericina B e quimioterápicos ao cliente. Deve-se manter, sempre que possível, um intervalo mínimo de 30 minutos entre a transfusão e a administração desses medicamentos.

A montagem do sistema transfusional deverá ser realizada imediatamente antes da instalação do hemocomponente.

Usar equipo próprio para transfusão de sangue; sendo, um equipo para cada bolsa de hemocomponente; Abrir o porto da bolsa (sem cortá-lo) e introduzir o equipo de transfusão, com cuidado para não contaminá-lo; Usar luvas de procedimento; Manusear a bolsa com cuidado para não rompê-la ou perfurá-la.

Para a instalação do hemocomponente, primeiramente o profissional responsável deverá verificar o hemocomponente quanto a bolhas de ar e qualquer cor incomum ou turvação (as bolhas de ar podem indicar crescimento bacteriano; a coloração anormal ou turvação podem ser um sinal de hemólise).

Sempre confirmar a identificação do cliente; Verificar se não há outra solução sendo infundida na mesma via; Conectar cuidadosamente o sistema transfusional ao acesso venoso, para não contaminar o equipo; usar luvas de procedimento, durante todo o processo; Iniciar a transfusão, atentando para a velocidade do gotejamento. Instalar hemocomponente lentamente, iniciar a transfusão e acompanhar os primeiros 15 minutos de infusão.

O estado clínico do paciente determina a velocidade de infusão. Clientes com necessidade de reposição volêmica devem transfundir rapidamente, com gotejamento livre, sem exercer pressão na bolsa. Clientes cardiopatas, nefropatas, idosos e crianças deverão transfundir **LENTAMENTE**, respeitando as condições hemodinâmicas. Esses clientes, sempre que possível, devem permanecer sentados durante a transfusão.



9.3 Cuidados pós-transfusionais

- Verificar os sinais vitais do paciente mantendo a venopunção e registrar no prontuário, comparando-os com os anteriormente verificados;
- Comunicar alterações significativas ao Médico responsável pelo paciente;
- Observar atentamente paciente nos próximos 15 a 30 minutos após o término da transfusão;
- Observar sinais de reação transfusional nas 24 horas após a transfusão;
- Registrar em prontuário;
- Quaisquer sintomas ocorridos durante a transfusão deverá ser considerado como sugestivo de uma possível reação transfusional.

10. REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

São agravos ocorridos durante ou após a transfusão sanguínea, e a ela relacionados. Evento indesejado que pode ser evitado ou prevenido. Para isso, fazem-se necessários a execução das normas técnicas, a avaliação precisa das condições clínicas do receptor e a indicação correta da transfusão e dos procedimentos especiais. O diagnóstico preciso de uma reação permite que o clínico e o hemoterapeuta utilizem estratégias adequadas para a prevenção de novos episódios. O ato transfusional deve ser acompanhado por profissionais capacitados para reconhecer e identificar precocemente os sinais e sintomas das reações transfusionais e providenciar a devida intervenção.

As reações transfusionais são classificadas conforme o tempo de início e o envolvimento do sistema imunológico.

- Reação transfusional imediata: ocorre durante a transfusão ou até 24 horas após seu término.
- Reação transfusional tardia: ocorre 24 horas após a realização da transfusão e pode demorar dias e até meses para se manifestar.
- Reação transfusional imunológica: mediada pelo sistema imunológico.
- Reação transfusional não-imunológica: sem associação com causas imunológicas.

Reação Transfusional	Imediata	Tardia
Imunológica	Febril Hemolítica Alérgica TRALI	não-hemolítica Aloimune Hemolítica Refratariedade a CP DECH Imunomodulação Púrpura pós-transfusional
Não-imunológica	Hemolítica Séptica Circulatória Metabólica Embólica Hipotermia	Infecciosa Bacteriana Viral Parasitária

Qualquer sinal ou sintoma que apareça após a instalação do hemocomponente deve ser considerado como reação transfusional, até que seja descartada essa hipótese. São sintomas comuns: febre, calafrios, cefaleia, dor torácica ou em região lombar, dor no local da infusão, sangramento anormal, náusea, vômito, alterações agudas na pressão arterial (hipertensão/hipotensão), alterações respiratórias (dispneia, taquipneia, hipóxia, sibilos), alterações cutâneas (prurido, urticária, edema localizado ou generalizado), alterações na coloração da urina (hemoglobinúria).

Ao identificar uma possível reação transfusional devem-se tomadas as seguintes providências:

- Interromper a transfusão;
- Manter o acesso venoso com solução fisiológica;
- Verificar sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório;
- Examinar cuidadosamente todas as etiquetas, rótulos e registros, conferindo novamente os dados do paciente com os da unidade de hemocomponente ou hemoderivado em uso;
- Caso seja evidenciado uma troca, interromper também a outra transfusão;
- Colheres amostras de 10 ml de sangue do paciente;

- Enviar bolsa, equipo e amostras de sangue pré e pós transfusionais para o laboratório de imuno-hemoterapia do Hemocentro, junto ao formulário de relato de reações transfusionais;
- Realizar exame de urina;
- Registrar no prontuário os sinais e sintomas apresentados pelo paciente durante transfusão de forma clara e objetiva, anotando horários, numeração das unidades transfundidas, procedimentos assistenciais e medicações administradas.

11. HEMOVIGILÂNCIA

Em casos de evento adverso a transfusão de sangue e componentes, a investigação, conclusão e notificação a vigilância sanitária competente, bem como manutenção de registros de todas as informações, conduta e tratamento devem ser realizadas pela instituição que realiza a transfusão, conforme Resolução pertinente em vigor.

Em casos de receptores que apresentarem exames reagentes para doenças com suspeitas de terem sido transmitidas por transfusão, o hospital deverá comunicar a FUNDAÇÃO HEMOAM por escrito, bem como, deverá se responsabilizar pelo rastreamento dos receptores de hemocomponentes envolvidos em casos de soroconversão de doadores.

O responsável técnico, junto com o *Comitê Transfusional*, deverá realizar atividades de hemovigilância as quais são de responsabilidade da instituição hospitalar, visando identificar riscos, manter a melhoria da qualidade dos processos e produtos, aumentar a segurança do *Paciente* e prevenindo a ocorrência ou recorrência de eventos adversos resultante do uso terapêutico de sangue e componentes.

12. COMITÊ TRANSFUSIONAL

Todas as instituições de saúde que realizam transfusões devem constituir ou participar de um Comitê Transfusional. É recomendado que os serviços que não possuem Agência transfusional, participe do comitê transfusional da Fundação HEMOAM e que as instituições que possuem Agências transfusionais possuam seus comitês atuantes.

As ações do comitê transfusional são voltadas para a melhoria das práticas de transfusão no serviço de saúde. Busca aumentar a segurança transfusional, otimizar o uso dos hemocomponentes e estabelecer políticas para reduzir erros no âmbito da transfusão.

Além dessas ações, o comitê transfusional também faz o acompanhamento das ações de hemovigilância, como a identificação, investigação e notificação de eventos adversos à transfusão.

Atividades de educação continuada em hemoterapia também são ações de competência do comitê transfusional.

O comitê transfusional deve estar vinculado à diretoria clínica do hospital e sua formação é definida de acordo com a complexidade hospitalar, devendo compor o grupo representantes médicos e de enfermagem dos serviços que mais prescrevem hemocomponentes no hospital (emergência, clínicas cirúrgicas, centro cirúrgico, obstetria, UTI adulto e neonatal, hematologia, transplantes, etc.), além de representante da agência transfusional ou do serviço de hemoterapia fornecedor.

A sistemática de trabalho é definida pelo próprio comitê, o qual estabelecerá a periodicidade de reuniões, sendo aconselhável a realização de, pelo menos, quatro reuniões por ano. As discussões e deliberações tomadas em reunião devem ser obrigatoriamente registradas em ata.

13. RETROVIGILÂNCIA

A rastreabilidade de componentes sanguíneos se constitui em um requisito obrigatório, conforme legislação. Essa rastreabilidade é viabilizada partir da numeração específica e única dos hemocomponentes produzidos na Fundação HEMOAM. Essa numeração permite identificar as informações desde a doação de sangue até o seu destino final.

As agências transfusionais desenvolvem papel importante na rastreabilidade, uma vez que recebem os hemocomponentes e devem fazer os registros necessários para que seja possível identificar o destino final dos mesmos, seja ele transfundido ou não.

O procedimento de retrovigilância está relacionado à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador sorológico (soroconversão) ou então, está relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível. Esse termo é também aplicável em casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infecciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão.

14. COLETA DE RESÍDUOS

O plano de gerenciamento dos resíduos sólidos de serviço de saúde (PGRSS) do estabelecimento de saúde onde se encontra o serviço hemoterápico deverá contemplar os resíduos gerados nele. Cabendo ao hospital a responsabilidade de todo o processo que envolve desde a segregação até o destino final destes resíduos.

Cada bolsa de produto sanguíneo produzido em um hemocentro deverá ter sua rastreabilidade assegurada através de registros documentados e informatizados desde sua produção até seu descarte e motivo do descarte.

Após o recebimento e registro nos respectivos livros os produtos sanguíneos nas agências transfusionais, sendo transfundidos ou não, deverá haver o registro da destinação dos mesmos.

Se transfundidos ou não, por qualquer motivo, principalmente se permaneceu na AT, deverá ser registrado e evidenciado seu descarte na referida AT.

Para facilitar a identificação e registro de descarte, a instituição de saúde deve preencher a planilha de descarte (anexo 9).

15. CAPTAÇÃO DE DOADORES

A captação de doadores é de responsabilidade de ambas as partes, por isso a instituição hospitalar deve permitir o acesso nas instalações do **HOSPITAL** da equipe de "Captação de Doadores" da Fundação **HEMOAM**, com o objetivo de recrutar doadores de sangue. Além disso, deve promover o incentivo e encaminhamento de doadores às coletas programadas pela **FUNDAÇÃO HEMOAM**, a fim de atender a demanda de sangue do **HOSPITAL**.

16. TREINAMENTO INICIAL E PERIÓDICO

A Fundação HEMOAM oferece treinamentos para os profissionais que exerçam atividades relacionadas a Hemoterapia. As Instituições que tiverem interesse em participar dos treinamentos poderão encaminhar solicitação formal e aguardar contato do Departamento de Ensino e Pesquisa. O atendimento das solicitações ocorrerá conforme disponibilidade.

17. ORIENTAÇÃO TÉCNICA

O Hemocentro distribuidor poderá:

- Dar acesso aos programas de educação continuada desenvolvidos pela **FUNDAÇÃO HEMOAM** nos temas da hemoterapia.
- Dar Orientação Técnica pertinente a Implantação de Agência Transfusional.
- Orientar, controlar e fiscalizar o armazenamento de sangue, componentes conforme a legislação vigente.
- Promover, incentivar e facilitar a participação dos profissionais em curso e treinamentos, que serão ministrados pelo Hemocentro, quando houver.
- Realizar auditorias para fins de verificação quanto à correta aplicação das orientações e legislações vigentes.

18. RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

Anualmente é realizada uma pesquisa de satisfação dos clientes em todas as agências transfusionais da capital para verificar o nível de satisfação em relação aos serviços prestados.

Para reclamações ou sugestões sobre os serviços, entrar em contato com a Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM, localizada na Av. Constantino Nery, 4397 – Chapada – CEP: 69.050-002 – Manaus/Amazonas. **Telefone: (92) 3655-0168 (ouvidoria).**

19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 140 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Resolução Diretora Colegiada:** RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico de hemovigilância/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 3ª versão, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Portaria nº 158. Redefine o **regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Brasília 2016.



BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas tardias não infecciosas** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2007.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Marco Conceitual de Hemovigilância: guia para Hemovigilância no Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2015.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 511/2016. Fixa a competência e atribuição do enfermeiro em hemoterapia.

FIDLARCZYK, D; FERREIRA, S. S. **Enfermagem em Hemoterapia**. 1. ed. Medbook Editora, 2008.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, n. 3, p. 201-207, 2005.

SOUZA, G. F. **Instrumento de boas práticas de enfermagem em hemoterapia na unidade de terapia intensiva: uma construção coletiva**. Dissertação (Mestrado profissional em gestão do cuidado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

20. APROVAÇÃO

ELABORAÇÃO:	REVISÃO:	APROVAÇÃO:
Nome: Sônia Rejane de Senna Frantz	Nome: Mario Sérgio Veiga Pinheiro	Nome: Nelson Abrahim Fraiji
Função: Responsável pelo Núcleo de Gestão das Agências Transfusionais	Função: Gerente da Comissão de Controle da Qualidade	Função: Diretor-Presidente



ANEXOS DO MANUAL DE ATIVIDADES HEMOTERÁPICAS

Modelo de Formulário para Solicitação de Componentes Sanguíneos – Anexo 1

REGISTRO DE SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES								
DE: _____								
PARA: FHEMOAM								
PRODUTO	ABO/RH E QUANTIDADES DE HEMOCOMPONENTES							
	O +	O -	A +	A -	B +	B -	AB +	AB -
*CH								
*CP								
*CRIO								
*PFC								
REAGENTES								
HC-A	HC-B	IMU-I	IMU-II	LISS	PEG	CONT.COOMBS		
HORA					TEMP.°C			
RESP. PELO DESPACHO: _____								
RESP. PELO PEDIDO: _____ DATA ____ / ____ / ____								

*CH: Concentrado de hemácias *CRIO: Crioprecipitado

*CP: Concentrado de Plaquetas *PFC: Plasma Fresco Congelado. Reagentes: (X)

REGISTRO DE SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES								
DE: _____								
PARA: FHEMOAM								
PRODUTO	ABO/RH E QUANTIDADES DE HEMOCOMPONENTES							
	O +	O -	A +	A -	B +	B -	AB +	AB -
*CH								
*CP								
*CRIO								
*PFC								
REAGENTES								
HC-A	HC-B	IMU-I	IMU-II	LISS	PEG	CONT.COOMBS		
HORA					TEMP.°C			
RESP. PELO DESPACHO: _____								
RESP. PELO PEDIDO: _____ DATA ____ / ____ / ____								

*CH: Concentrado de hemácias *CRIO: Crioprecipitado

*CP: Concentrado de Plaquetas *PFC: Plasma Fresco Congelado. Reagentes: (X)

Modelo de Solicitação para Transfusão -- Anexo 2 Frente

	SOLICITAÇÃO PARA TRANSFUÇÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS	RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
		Data: ____/____/____ Hora: ____:____
		Entregue por: _____
		Recebido por: _____

* preencher caso o hospital não tenha logotipo identificando a instituição.

PREENCHER CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL, SOLICITAÇÕES INCOMPLETAS SERÃO DEVOLVIDAS.

*Hospital: _____ Convênio: _____

Paciente _____ Registro _____

Idade _____ Peso _____ Data de Nascimento ____/____/____

Nome da Mãe _____

Sexo () Masculino () Feminino Grupo Sanguíneo _____ Fator Rh _____

Antecedentes de Reação Transfusional _____

Diagnóstico _____

Indicação _____

Localização do Paciente

Enfermaria de Internação	Enfermaria de Transfusão	Outro:
Leito: _____	Leito: _____	Leito: _____
Tipo de Transfusão		Dados Laboratoriais
Extrema Urgência (imediatamente)		Hb _____ g/dl Ht _____ % data: ____/____/____
Urgente (em 3 horas)		Contagem de Plaquetas _____ data: ____/____/____
Rotina (em 24 horas)		TAP _____ TTPA _____ data: ____/____/____
Programada. Data: ____/____/____ Hora: ____:____		Outros: _____ data: ____/____/____

Hemocomponentes solicitados (indique a quantidade e marque com um "X" o hemocomponente desejado)

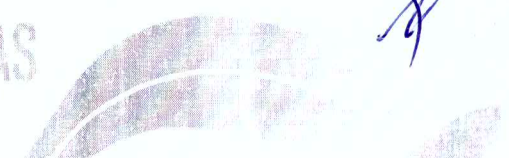
Hemocomponentes	Quantidade	Normal	Lavado	Fenotipado	Filtrado	Irradiado	Intervalo
Concentrado de Hemácias							
Concentrado de Plaquetas							
Plasma Fresco Congelado							
Crioprecipitado							
outros							

Hemoderivados solicitados

Hemoderivado	Unidade/dose	Intervalo	Total de unidades/dia	Nº dias	Total de unidades
Concentrado de FVIII					
Concentrado de FIX					
Concentrado de FXIII					
Complexo de Fibrinogênio					
Complexo Protrombínico					

Data da solicitação : ____/____/____ hora: ____:____

Assinatura legível e carimbo do médico solicitante com CRM



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Modelo de Formulário para Pesquisa de Anti Corpos Irregulares – Anexo 4

**LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES**

Nome do Paciente:
Data de Nascimento:/...../.....
Hospital:
Diagnostico:

Exames realizados na Agência Transfusional

Tipo Sanguíneo:
P.A.I.:
Coombs Direto:
Auto-Controle:
Resultado das bolsas compatibilizadas:

Técnico responsável pelos exames:
Data:/...../.....

Resultado da Pesquisa de Anticorpos Realizada no HEMOAM

Tipo Sanguíneo:
P.A.I.:
Anticorpo Identificado:
Auto-Anticorpo:
Coombs Direto:
Auto-Controle:
Bolsas compatibilizadas:

Técnico responsável pelos exames:
Data:/...../.....

P



[Handwritten signature]

Modelo de Formulário para Registro de Temperatura dos Equipamentos -- Anexo 6

CONTROLE E REGISTRO DE TEMPERATURA DOS EQUIPAMENTOS

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL _____ MÊS _____ ANO _____

EQUIPAMENTOS:

() TERMÔMETRO TOMBO: _____ / GELADEIRA MOD. INDREL BSG REF. TOMBO: _____

() TERMÔMETRO TOMBO: _____ / FREEZER MOD. INDREL SCIENTIFIC TOMBO: _____

() TERMÔMETRO / BANHO MARIA MOD. FANEN TOMBO: _____

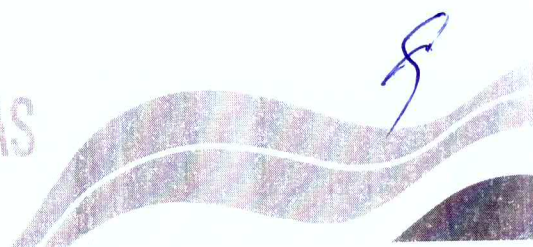
DIA	HORA 07h	TÉCNICO	HORA 11h	TÉCNICO	HORA 15h	TÉCNICO	HORA 19h	TÉCNICO	HORA 23h	TÉCNICO	HORA 03h	TÉCNICO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

TEMPERATURA critério de aceitação de acordo com Legislação do Ministério da Saúde e Anvisa.

Geladeira: 2° a 8° / Freezer: -20° a -30°

Ambiente: 20° a 24° / Banho Maria: 37°

(Handwritten mark)



Modelo de Formulário para Registro de Temperatura Ambiente – Anexo 7

CONTROLE E REGISTRO DA TEMPERATURA AMBIENTE

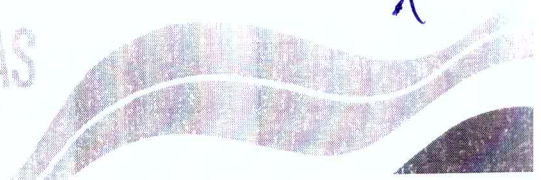
AG. TRANSFUSIONAL _____ MÊS _____ ANO _____

() TERMÔMETRO NIT: _____

DIA	HORA 07h	TÉCNICO	HORA 11h	TÉCNICO	HORA 15h	TÉCNICO	HORA 19h	TÉCNICO	HORA 23h	TÉCNICO	HORA 03h	TÉCNICO
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

TEMPERATURA critério de aceitação de acordo com Legislação do Ministério da Saúde e Anvisa

(Handwritten mark)



(Handwritten mark)

Modelo de Formulário para Notificação de Reação Transfusional – Anexo 8
 (está disponível no site da Vigilância Sanitária)



Agência Nacional de Vigilância Sanitária
 Gerência-Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos
 Sistema Nacional de Hemovigilância

Ficha de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionalis

NOTIFICAÇÃO					
01	Nº DA FICHA (gerar / atualizar / cancelar)			02	DATA DA NOTIFICAÇÃO
03	TIPO DE INCIDENTE <input type="checkbox"/> Imediato <input type="checkbox"/> Tardio			04	TIPO DE TRANSFUSÃO <input type="checkbox"/> homologa <input type="checkbox"/> autóloga
IDENTIFICAÇÃO					
06	PACIENTE (NOME COMPLETO)			08	DATA DE NASCIMENTO
07	Nº PRONTUÁRIO	08	Nº DO CARTÃO SUS	09	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
10	DIAGNÓSTICO CLÍNICO (CID-10 de internação)				
HISTÓRIA TRANSFUSIONAL					
11	INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO				
12	TRANSFUSÕES PREVIAS: <input type="checkbox"/> ATÉ 5 <input type="checkbox"/> ENTRE 5 E 10 <input type="checkbox"/> ENTRE 10 E 20 <input type="checkbox"/> MAIS DE 20 <input type="checkbox"/> Qte. ignorada <input type="checkbox"/> NÃO HOUVE <input type="checkbox"/> IGNORADO				
13	HISTÓRIA DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS PREVIOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Ignorado				
HEMOCOMPONENTES RELACIONÁVEIS COM A NOTIFICAÇÃO					
14	TIPO DE HEMOCOMPONENTE	16	Nº DO HEMOCOMPONENTE	18	DATA DE EXPIRAÇÃO
				17	DATA DA ADMINISTRAÇÃO
LOCAL ONDE FOI REALIZADA A TRANSFUSÃO					
18	UNIDADE DE SAÚDE (gerar / atualizar / cancelar)				
19	ESPECIFICAR O SETOR				
	<input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE MEDULA ÓSSEA	<input type="checkbox"/> PED. ATR. R.		
	<input type="checkbox"/> RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA	<input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA	<input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA		
	<input type="checkbox"/> CENTRO OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA		
	<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO DE TRANSFUSÃO		
	<input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO DOMICILIAR	<input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR			
20	DATA DA OCORRÊNCIA DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL:			21	HORA
22	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL				
	<input type="checkbox"/> CALAFRIOS	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> HEMÓCULO INJURIA		
	<input type="checkbox"/> NAUSEAS	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> OTERICIA		
	<input type="checkbox"/> DOR LOMBAR	<input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO	<input type="checkbox"/> URTICÁRIA		
	<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> SOROCONVERSÃO	<input type="checkbox"/> VÔMITOS		
	<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA		
	<input type="checkbox"/> CIANOSE				
	<input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR				
23	TIPO DE INCIDENTE SUSPEITO (gerar / atualizar / cancelar)				
24	OBSERVAÇÕES				

9

