


 <p>HEMEPAR</p>	<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ</p> <p>MANUAL</p>	 <p>PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde</p>
<p>CLIENTE</p>		<p>MA CLIENTE Rev. 00 Página 1 de 55</p>



HEMEPAR



2017

Curitiba



 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 2 de 55	

ÍNDICE



1	INTRODUÇÃO	5
1.1	Informações gerais	5
1.2	Siglas e definições	6
1.3	Organograma da Hemorrede	7
1.4	Documentação	8
1.5	Contrato e documentos necessários	8
1.6	Licença de funcionamento e responsabilidades do responsável técnico	8
1.7	Treinamentos inicial e periódicos	9
1.8	Captação hospitalar de doadores	9
1.9	NOTIVISA	9
1.10	Pacientes não SUS	9
1.11	Exames microbiológicos	10
1.12	SHT	10
1.13	Responsabilidades no Processo de Investigação de Retrovigilância	10
1.14	Solicitação de hemocomponentes	11
1.15	Transporte de hemocomponentes e validação	12
1.16	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES	13
1.17	Responsabilidade técnica	14
2	RECURSOS OPERACIONAIS NECESSÁRIOS	14
2.1	Instalações físicas / Infra- estrutura	14
2.2	Equipamentos necessários para Agência Transfusional	14
2.3	Manuais e procedimentos operacionais padrão	16
2.4	Programa de manutenção preventiva e calibração de equipamentos	17
3	HEMOCOMPONENTES	17
3.1	Sangue total	17
3.2	Concentrado de hemácias	17
3.3	Concentrado de hemácias lavadas	17
3.4	Concentrado de hemácias filtradas	17
3.5	Concentrado de hemácias irradiadas	17
3.6	Plasma fresco	17
3.7	Concentrado de plaquetas	17
3.8	Concentrado de plaquetas lavadas	17
3.9	Concentrado de plaquetas filtradas	18
3.10	Concentrado de plaquetas irradiadas	18
3.11	Crioprecipitado	18
3.12	Aférese	18

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 3 de 55

4	ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	18
4.1	Prescrição	18
4.2	Registros	18
4.3	Preenchimento do Responsável Técnico	18
4.4	Coleta da amostra de sangue	20
4.5	Coleta de amostra para atendimento pediátrico	21
4.6	Coleta de amostra para atendimento a recém nascidos	21
5	ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE SANGUE PARA A UNIDADE DO HEMEPAR	22
6	ENCAMINHAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES AO HOSPITAL	23
7	ATO TRANSFUSIONAL	23
7.1	Registros	23
7.2	Materiais utilizados para o procedimento transfusional	23
7.3	Cuidados ao iniciar a transfusão	24
7.4	Tempo máximo para a transfusão	26
7.5	Transfusões de extrema urgência	26
7.6	Transfusões de caráter especial	26
8	ARMAZENAMENTO E PRAZO DE VALIDADE DE HEMOCOMPONENTES NO HOSPITAL	27
9	DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES À UNIDADE DO HEMEPAR	28
10	REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	28
10.1	Definição	28
10.2	Classificação	29
10.3	Tabela de principais reações transfusionais	29
10.4	Sinais e sintomas	29
10.5	Conduta clínica	30
10.6	Quando houver suspeita de reação transfusional	30
10.7	Preenchimento do Formulário de Investigação de Reação Transfusional	31
10.8	Dados para o Livro de Registro de Reações Transfusionais	34
11	RETROVIGILÂNCIA	35
11.1	Soroconversão em doador de sangue	35
11.2	Devolução de bolsas em casos de soroconversão	35
11.3	Rastreamento de receptores	35
11.4	Conversão de exames para doenças infecciosas em receptores de	35

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 4 de 55

	transfusão	
12	COMITÊ TRANSFUSIONAL	36
13	REGISTROS	36
14	FOCO NO CLIENTE	36
14.1	Reclamações, elogios e sugestões	36
14.2	Pesquisa de satisfação de clientes	37
15	EM CASOS DE DÚVIDAS	37
16	ANEXOS	37
16.1	Anexo I – Ficha Cadastral de Cliente Potencial - FCCP	39
16.2	Anexo II – Anexo II Pacientes Não SUS	41
16.3	Anexo III – Investigação de Reação Transfusional – DIS 025	42
16.4	Anexo IV – Requisição de transfusão	44
16.5	Anexo V – Solicitação de Estoque pelas Unidades para o Hemocentro Coordenador – DIS 026	45
16.6	Anexo VI – Protocolo de Validação	46
16.7	Anexo VII – Ciência e Autorização do médico solicitante para transfusão em recém nascidos	47
16.8	Anexo VIII – Controle de Temperatura no Transporte	48
16.9	Anexo IX – Termo de responsabilidade médica para transfusão de Extrema Urgência	47
16.10	Anexo X – Ciência de Auto – Transfusão – Sorologia Reagente	49
16.11	Anexo XI – Termo de responsabilidade do médico solicitante para transfusão domiciliar	50
16.12	Anexo XII – Relação de Unidades da Hemorrede	51
16.13	Anexo XIII – Registro de Liberação de sangue	53
16.14	Anexo XIV – Modelo para prontuário	53
16.15	Anexo XV - Cartão de Identificação do Receptor	53
17	FLUXOGRAMA REAÇÃO TRANSFUSIONAL	54
18	HISTÓRICO DE REVISÕES	55

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 5 de 55

1. INTRODUÇÃO



1.1 Informações gerais:

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR, criado em 31 de março de 1982, é uma unidade prestadora de serviços da SESA, subordinada à Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde - SGS.

A partir de 1988 foi desenvolvida proposta de interiorização das Unidades da Rede Hemepar, com a implantação de unidade hemoterápica em cada uma das 22 Regionais. Desde então, são consideradas como “Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná - HEMEPAR”, todas as unidades da Hemorrede no Estado:



Regional de Saúde	Unidade da Hemorrede
1ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Paranaguá
2ª	Hemocentro Coordenador - Curitiba
3ª	Hemonúcleo de Ponta Grossa
4ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Irati
5ª	Hemocentro Regional de Guarapuava
6ª	Unidade de Coleta e Transfusão de União da Vitória
7ª	Hemonúcleo de Pato Branco
8ª	Hemonúcleo de Francisco Beltrão
9ª	Hemonúcleo de Foz do Iguaçu
10ª	Hemocentro Regional de Cascavel
11ª	Hemonúcleo de Campo Mourão
12ª	Hemonúcleo de Umuarama
13ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Cianorte
14ª	Hemonúcleo de Paranaíba
15ª	Hemocentro Regional de Maringá
16ª	Hemonúcleo de Apucarana
17ª	Hemocentro Regional de Londrina
18ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Cornélio Procopio
19ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Jacarezinho
20ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Toledo
21ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Telêmaco Borba
22ª	Unidade de Coleta e Transfusão de Ivaiporã

O presente manual pretende oferecer uma ferramenta de gestão e operacionalidade, estabelecendo normas e orientações para o atendimento hemoterápico na área de abrangência do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – Hemepar, visando a rastreabilidade e o controle de hemocomponentes e hemoderivados.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 6 de 55

1.2 Siglas e Definições:

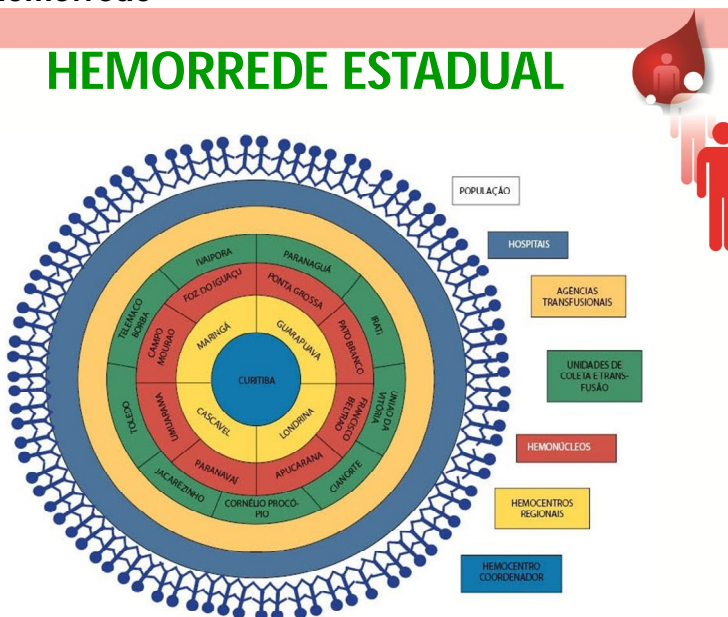
- ◆ **Hemocentro Coordenador- HC:** Responsável pela coordenação técnica da Hemorrede Estadual, composta por 22 unidades hemoterápicas, de diferentes níveis de complexidade, localizadas no âmbito das 22 Regionais de Saúde. Entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;
- ◆ **Hemocentro Regional - HR:** entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macro-regional na área hemoterápica e/ou hematológica. Deverá coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macro-região de saúde, de forma hierarquizada e acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
- ◆ **Hemonúcleo - HN:** entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação micro-regional na área de hemoterapia e/ou hematologia. Deverá desenvolver as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
- ◆ **Unidade de Coleta e Transfusão - UCT:** entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, onde a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores.



 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 7 de 55

Deverá encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência;

- ◆ **Agência Transfusional: AT:** localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade; Nº de AT.
- ◆ **Unidade Hospitalar Conveniada - UHC:** entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, conveniada ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), dotada de capacidade de ambulatório, de internamento e de meios de diagnóstico e terapêutico, com o objetivo de prestar assistência médica hospitalar à população. Coleta e encaminha amostras, recebe hemocomponentes com provas transfusionais realizadas, realiza transfusões, mantém registros relativos aos testes e às transfusões realizadas, garantindo a rastreabilidade dos hemocomponentes recebidos e transfundidos incluindo o vínculo entre o hemocomponente e o receptor, bem como das unidades descartadas.
- ◆ **SESA** – Secretaria de Estado da Saúde
- ◆ **SVS** – Serviço de Vigilância Sanitária

1.3 Organograma da Hemorrede



 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 8 de 55

1.4 Documentação

Será observada fielmente a legislação vigente

1.5 Contrato e Documentos Necessários:

Os contratos para fornecimento de hemocomponentes poderão ser estabelecidos mediante a manifestação formal da Instituição Hospitalar.

Após o contato inicial da instituição interessada, a unidade do Hemepar enviará a Ficha Cadastral de Cliente Potencial - FCCP – Anexo I, para preenchimento pelo serviço interessado e devolução ao Hemepar.

Após avaliação da viabilidade de atendimento pela unidade hemoterápica, deverão ser encaminhadas cópias dos seguintes documentos:

- ◆ Contrato Social da Instituição Hospitalar em vigor;
- ◆ Cadastro do CNPJ;
- ◆ Cadastro de Pessoa Física - CPF - e Registro Geral – RG - do Responsável pela Instituição Hospitalar;
- ◆ Alvará da instituição hospitalar expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária - SVS;
- ◆ Alvará da Agência Transfusional expedido pelo SVS;
- ◆ Termo de Responsabilidade Técnica;
- ◆ CPF e RG do Responsável Técnico.

Estes documentos serão encaminhados aos órgãos de competência da Secretaria de Estado da Saúde, para formalizar o contrato.

1.6 Licença de funcionamento e responsabilidades do Responsável Técnico:



Os serviços de hemoterapia devem solicitar licença sanitária inicial para o desenvolvimento de quaisquer atividades do ciclo produtivo do sangue, bem como a sua renovação anual.

Independente de seu nível de complexidade, devem estar sob responsabilidade técnica de profissional médico especialista em hemoterapia ou hematologia, conforme item **1.16 Responsabilidade técnica**.

Caso o profissional médico seja de outra especialidade, deverá ser qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue. O serviço deve contar também com outro profissional médico treinado para ser o responsável técnico substituto.

Toda transfusão de sangue traz em si um risco, seja imediato ou tardio, devendo, portanto ser criteriosamente indicada, sendo o ato transfusional de responsabilidade médica.

Em caso de cirurgias eletivas deve ser considerada a possibilidade de realização de pré-depósito de unidades autólogas.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 9 de 55	

Para a viabilização deste procedimento, deverá ser contatado o serviço de hemoterapia fornecedor de hemocomponentes: hemocentro, hemonúcleo ou unidade de coleta e transfusão.

Toda vez que ocorrer a mudança do responsável técnico da unidade e/ou seu substituto, a UHC deverá comunicar a alteração à Unidade Hemoterápica.

1.7 Treinamento Inicial e Periódico:

Cumprindo a legislação vigente e, por força de sua supervisão técnica, a unidade do Hemepar exige treinamento dos profissionais que exerçam atividades relacionadas à hematologia e hemoterapia, inclusive do Responsável Técnico, conforme programação e carga horária previamente definida. Isso se aplica aos profissionais das Agências Transfusionais quando do seu ingresso no sistema, na substituição e nos treinamentos contínuos de pessoal.

Anualmente a disponibilidade de treinamentos e reciclagem/atualização para as diversas categorias profissionais é informada à Unidade Conveniada. Entretanto as UHC poderão solicitar treinamentos específicos, conforme sua necessidade e disponibilidade ao Chefe da Unidade do Hemepar.

1.8 Captação hospitalar de doadores:

A UHC ou AT são responsáveis pela captação de doadores, os quais deverão ser encaminhados à Unidade do Hemepar para reposição do sangue transfundido em seus pacientes.

1.9 NOTIVISA

Este sistema de informação é importante ferramenta para a notificação e o monitoramento de eventos adversos relacionados ao uso de produtos sob vigilância sanitária, dentre eles o sangue e suas respectivas reações transfusionais adversas.



O Notivisa está acessível, mediante cadastro, a todos os serviços de saúde que realizam transfusão de sangue, para a notificação das reações transfusionais adversas que ocorrerem em suas dependências.

A UHC é responsável pela notificação de eventos ocorridos em suas instalações no site: NOTIVISA (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/index.htm>).

No caso de hospitais atendidos em regime de atendimento hemoterápico à distância, essa responsabilidade é do hospital onde ocorreu a transfusão. Os referidos cadastros deverão ser assinados pelo Responsável Técnico da Agência Transfusional ou seu substituto. Para os casos de atendimento à distância, os referidos cadastros deverão ser assinados pelo Diretor Clínico do Hospital.

1.10 Pacientes NÃO SUS

As UHC deverão encaminhar mensalmente o Relatório de Encaminhamento de Bolsa de Sangue a Pacientes NÃO-SUS – Anexo II, à Unidade do Hemepar até o dia 10 do mês subsequente, com informações sobre os hemocomponentes encaminhados aos pacientes NÃO SUS. O Relatório de Encaminhamento de Bolsa de Sangue a Pacientes

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 10 de 55

NÃO-SUS – Anexo II deverá ser encaminhado mesmo nas situações em que não houverem transfusões NÃO SUS.

Após a conferência pela Unidade do HemePar responsável pelo fornecimento dos hemocomponentes, o documento será encaminhado ao Hemocentro Coordenador / Setor Financeiro.

1.11 Exames microbiológicos

É recomendável que a UHC realize exames microbiológicos nas unidades de Concentrado de Plaquetas – CP recebidos da Unidade do HemePar.

1.12 SHT

Todo serviço que realiza transfusão deve ter o registro na vigilância sanitária através do Sistema Estadual de Informações e Controle Hemoterápico do Paraná (NOVO SHT).

Esse sistema permite a rastreabilidade das informações referentes aos produtos transfundidos, expurgados ou devolvidos.

É necessário que todos os campos da ficha do sistema sejam preenchidos completamente, pois essas informações são imprescindíveis para o registro do destino dos hemocomponentes distribuídos, bem como para dar cumprimento às regulamentações vigentes mantendo a rastreabilidade dos produtos.

A inclusão das informações das bolsas deverá ocorrer no prazo máximo de 05 (cinco) dias após a transfusão ou da necessidade de eliminação do hemocomponente.



Sempre que algum paciente apresentar reação adversa à transfusão, a mesma deverá ser informada à Unidade fornecedora do hemocomponente através do Formulário Investigação de Reação Transfusional – **DIS025** – Anexo III, devidamente preenchido, mencionando o(s) número(s) da(s) bolsa(s) envolvida(s), conforme item **11.5 QUANDO HOUVER SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL**.

A notificação da reação transfusional à Vigilância Sanitária é de responsabilidade do serviço responsável pela instalação do(s) hemocomponente(s) utilizando o NOVO SHT.

1.13 Responsabilidades no Processo de Investigação de Retrovigilância

Retrovigilância é a parte da hemovigilância que trata da investigação retrospectiva relacionada à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador/soroconversão ou relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível.

Este termo também é 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, como por exemplo, a investigação de casos por *Yersinia enterocolitica* em talassêmicos.

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 11 de 55

A Unidade da Hemorrede é responsável por levantar as informações referentes aos hemocomponentes envolvidos na viragem sorológica e pela notificação ao responsável técnico do serviço de assistência à saúde.

Quando a UHC possui sua AT, a informação sobre o hemocomponente suspeito é feita ao responsável técnico da AT para identificar o receptor e promover a investigação de positividade ou não do mesmo marcador do doador.

Nos casos em que a UHC não possui AT, a informação sobre o hemocomponente suspeito é feita preliminarmente ao responsável técnico da unidade da Hemorrede que preparou o hemocomponente, para identificar o receptor e, posteriormente, ao diretor clínico do serviço que transfundiu para promover a investigação de positividade ou não do mesmo marcador do doador.

Em todos os casos acima, a UHC responsável pela instalação da transfusão realiza os exames necessários, faz o acompanhamento do receptor e informa a conclusão da investigação ao serviço produtor do hemocomponente.

1.14 Solicitação de hemocomponentes



1.14.1 As solicitações para transfusão de sangue ou componentes serão feitas exclusivamente por médicos, em formulário de requisição específico que contenha informações suficientes para a correta identificação do receptor na Requisição de Transfusão – RT – ANEXO IV, conforme item 4 – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES.

1.14.1.1 Devem constar no formulário no mínimo, os seguintes dados:

- I - nome completo do paciente sem abreviaturas;
- II - data de nascimento;
- III - sexo;
- IV - idade;
- V - número do prontuário ou registro do paciente;
- VI - número do leito (no caso de paciente internado);
- VII - diagnóstico;
- VIII - componente sanguíneo solicitado (com o respectivo volume ou quantidade);
- IX - modalidade da transfusão, referente à urgência.;
- X - resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do componente sanguíneo;
- XI - data;
- XII - dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM);
- XIII - peso do paciente (quando indicado); e
- XIV - antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente.

1.14.1.2 Não serão aceitas pelo serviço de hemoterapia requisições de transfusão fora dos padrões descritos no item 1.13.1.1 incompletas, ilegíveis ou rasuradas.

1.14.1.3 Em situação clinicamente justificável, a requisição de transfusão poderá ser aceita conforme protocolo estabelecido pelo serviço de hemoterapia, não eximida a

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 12 de 55

necessidade de coletar as informações previstas no 1.13.1.1 na sequência do evento transfusional.

1.14.1.4 As instituições de assistência à saúde e os serviços de hemoterapia que disponham de tecnologia para emissão de prontuário eletrônico poderão estabelecer rotinas para prescrição eletrônica de componentes sanguíneos.

1.14.1.5 O preenchimento da RT

1.14.2 A liberação de uma unidade de sangue ou componente sanguíneo para estoque em outro serviço de hemoterapia será feita:

1.14.2.1 - Para serviço de hemoterapia que tenha contrato, convênio ou termo de compromisso com o serviço de hemoterapia distribuidor, definindo as responsabilidades entre as partes, para o fornecimento de unidades de sangue ou componentes sanguíneos;

1.14.2.2 - Mediante solicitação por escrito do médico do serviço de hemoterapia ao qual se destina, com aposição de sua assinatura, nome legível e CRM do solicitante;

1.14.2.3 - Após verificação das condições de segurança necessárias para o correto acondicionamento e transporte do produto; e

1.14.2.4 - Respeitados os demais critérios para a liberação de sangue e componentes sanguíneos citados neste Manual.

1.14.3 O serviço de hemoterapia que receber uma unidade de sangue ou componente sanguíneo de outro serviço de hemoterapia deve registrar o recebimento, obedecendo aos mesmos critérios estabelecidos para a sua liberação.

1.14.4 No âmbito da 2ª Regional de Saúde, a solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada por meio do formulário “Solicitação de Estoque Pela Unidade para o Hemocentro Coordenador” – Anexo V.

1.14.4.1 As UHC das demais Regionais de Saúde deverão solicitar o formulário ao serviço hemoterápico que as atende.

1.15 Transporte de hemocomponentes e validação



1.15.1 O envio de hemocomponentes para uso terapêutico em outra instituição de assistência à saúde deve obedecer à legislação vigente, às normas de biossegurança e às exigências técnicas relacionadas à sua conservação.

1.15.1.1. A orientação técnica quanto às condições de transporte ficará a cargo do serviço de hemoterapia fornecedor.

1.15.2. O envio de componentes sanguíneos será acompanhado por documento que contenha os seguintes dados:

1.15.2.1 - nome, endereço e telefone de contato do serviço de hemoterapia remetente do componente sanguíneo;

1.15.2.2 - nome, endereço e telefone de contato do serviço de hemoterapia de destino do componente sanguíneo;

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 13 de 55

1.15.2.3 - relação dos componentes sanguíneos enviados, com os seus respectivos números de identificação;

1.15.2.4 - condições de conservação;

1.15.2.5 - data e hora da retirada; e

1.15.2.6 - identificação do responsável pelo transporte dos componentes sanguíneos.

1.15.3 O componente sanguíneo será transportado em temperaturas adequadas para a manutenção das suas propriedades biológicas.

1.15.4 Os recipientes de transporte serão resistentes, impedirão vazamentos e possibilitarão a lavagem e desinfecção regular.

1.15.5 O aspecto de cada unidade será inspecionado no momento do envio e no momento da recepção, sendo descartadas todas as unidades que apresentem alterações à inspeção visual.

1.15.6 Os componentes sanguíneos serão transportados por profissionais orientados quanto às condições de transporte e os procedimentos a serem realizados em eventuais intercorrências.

1.15.7 As condições de transporte e acondicionamento de sangue total e componente sanguíneos, relativo à capacidade máxima de bolsas por embalagem, quantitativo de material refrigerante, capacidade de empilhamento e sistema de monitoramento da temperatura, serão validadas a fim de garantir a integridade do produto durante todo o percurso previsto, conforme Protocolo de Validação - Anexo VI.

1.16 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

CNES é a sigla de *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*.



Trata-se de um conjunto de informações que cada instituição de saúde brasileira deve prestar ao Ministério da Saúde, a fim de obter um código numérico que, futuramente, além de atestar uma situação regular de atendimento, será utilizado para celebrar contratos ou aditivos contratuais entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde.

É obrigatoriedade instituída a TODOS os estabelecimentos que se dizem prestadores de serviços de saúde no Brasil e nada mais é do que uma prestação de informações completas e precisas – relacionadas aos aspectos de recursos humanos, área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares – sobre cada uma destas unidades de saúde.

O responsável pelo estabelecimento é o encarregado de realizar o referido cadastro e informar, no formulário CNES, quem e quantos são os profissionais da instituição na área de saúde, incluindo médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, entre outros.

Para cada profissional, o estabelecimento deverá preencher uma ficha com os dados individuais solicitados.

Nada impede, também, que o responsável pelo estabelecimento peça ao próprio profissional para preencher tal documento, mas a ficha de cada funcionário, devidamente preenchida, deverá ser recolhida pelo responsável pelo estabelecimento e anexada às

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 14 de 55

demais fichas com informações sobre equipamentos, área física e serviços ambulatoriais e/ou hospitalares.

O cadastro deve ser atualizado a cada seis meses.

1.17 Responsabilidade técnica

A responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia ficará a cargo de um médico especialista em hemoterapia e/ou hematologia ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados.

A qualificação do responsável técnico deverá ser solicitada à Direção do Hemocentro Coordenador, a qual indicará a forma de realização da mesma.

O serviço deve contar também com outro profissional médico treinado para ser o responsável técnico substituto.

Cabe ao médico responsável técnico a responsabilidade final por todas as atividades médicas e técnicas que incluam o cumprimento das normas técnicas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e de componentes.

2. RECURSOS OPERACIONAIS NECESSÁRIOS



2.1 Instalações Físicas/Infra-Estrutura:

Unidade Hospitalar Conveniada (UHC): não são necessárias instalações físicas específicas, podendo ser usada a estrutura existente e disponível para o atendimento hospitalar.



Agência Transfusional (AT): destinada à realização de testes de compatibilidade entre a amostra de sangue de pacientes e hemocomponentes, além de armazenamento e distribuição de sangue e hemocomponentes. Área física mínima estimada em 30 (trinta) metros quadrados (30 m²). As instalações de Agência Transfusional requerem a aprovação do SVS da localidade onde será instalada previamente à sua preparação.

2.2 Equipamentos necessários para uma Agência Transfusional (AT):

Quantidade	Descrição do Equipamento
01	Aglutinoscópio: Aparelho para facilitar a leitura de testes imuno-hematológicos, construído em material liso, não poroso, lavável, com as seguintes dimensões: 50 cm de compr. X 20 cm de altura X 20 cm de largura, aproximadamente. Contendo uma luz fria em seu interior, com tomada externa de liga/desliga, com suporte lateral que permita movimento giratório e fio com tomada, conforme desenho a seguir.
02	Banho-Maria: Aparelho com capacidade variando entre 50 a 100 amostras portando termômetro que permita trabalhar entre 37°C e 56°C de temperatura e seja confeccionado em material que possibilite limpeza e

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 15 de 55



	desinfecção, possuindo tampa pingadeira.
01	Centrífuga de mesa para leitura de testes de Imuno-hematologia: de 12 tubos, c/ duas velocidades de centrifugação, sendo 3.400 rpm (RFG=1000xg) e 2.400 rpm (RFG=500xg), calibrada p/ até 3 minutos de centrifugação, timer ajustável de 5 em 5 segundos no primeiro minuto, c/ sistema de breque e que possibilite centrifugação infinita. Rotor removível e lavável em material acrílico.
01	Centrífuga de mesa: Centrífuga de mesa para rotinas laboratoriais de lavagem de células e separação de amostras, com capacidade mínima de 20 tubos de 12X75mm, por centrifugação, que possibilite também centrifugação de tubos de 12X120mm, 13X100mm, tampa c/trava de segurança, breque ou desacelerador, rotor removível e lavável, timer ajustável em minutos, de 1 a 10 minutos, com possibilidade de centrifugação infinita e velocidade de até 4.500 RPM.
01	Freezer a vinte graus negativos Celsius (-20°C) ou inferior: Freezer vertical que permita acondicionamento em temperatura igual ou inferior a -20°C (menos 20 graus Celsius), gabinete externo com pintura esmaltada, painel de controle com termômetro configurável e registro contínuo de alta precisão, alarme audiovisual de temperatura máxima e mínima; capacidade em torno de 340 bolsas.
01	Câmara de conservação de bolsas: de porta de vidro não embaçante, com câmara interna em aço inoxidável, suficiente para aproximadamente 250 bolsas, temperatura ajustada entre +02 e +06° C (dois a seis graus Celsius), circulação interna de ar forçada por ventilador, com degelo automático e contínuo. Gabinete externo com pintura esmaltada. Painel de controle com termômetro de alta precisão, configurável, alarme audiovisual de temperatura máxima e mínima, registrador gráfico de temperatura para pelo menos 07 dias.
01	Refrigerador com controle de temperatura – para guarda de amostras e reagentes OBS: Os reagentes devem ser estocados em refrigeradores apropriados, os quais devem conservar apenas reagentes e amostras laboratoriais, salvo para serviços de hemoterapia com número de transfusões pequeno o bastante, de modo que o armazenamento conjunto com hemocomponentes não comprometa a conservação dos mesmos. Nas situações previstas no parágrafo acima, as amostras, reagentes e hemocomponentes devem ser armazenados de forma segregada, em áreas distintas e devidamente identificados para evitar contaminação cruzada.
01	Relógio de parede - com dimensões adequadas que permita visualização à média distância.
01	Cronômetro para laboratório que possibilite a marcação de tempo com sinalização sonora.

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 16 de 55

01	<p>Homogeneizador de plaquetas - Aparelho para homogeneizar concentrado de plaquetas, com capacidade aproximada de 24 unidades, movimentos oscilatórios horizontais. Deverá ser mantido em ambiente com temperatura controlada entre 22°C +/- 02 °C ou possuir câmara incubadora de plaquetas.</p>
	Climatização de ambiente
	Computador com acesso à internet e acessórios: impressoras, leitor ótico
	Bancada de trabalho – deve se constituir de material liso, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção. Deve possuir pia de lavagem, dispenser para toalha de papel.
	Mesa de trabalho
	Armários
	Cadeiras giratórias
	Lixeiras para os diferentes tipos de resíduos gerados
	Telefone
01	<p>Capela de Fluxo Laminar: Capela de fluxo laminar vertical p/ segurança microbiológica, classe II tipo A, com filtro HEPA, operando com sistema de pressão negativa, construção em aço inox soldado, com 01 mm de espessura a frio, janelas frontais em vidro, sucção de ar através da parte frontal, área de trabalho continuamente limpa, dada a circulação de ar proveniente dos filtros HEPA. Características: sistema de sucção de ar de alta eficiência, com 02 filtros HEPA, sendo um de filtração interna e outro de exaustão, com eficiência dos filtros de 99,99%. Com área de trabalho em aço inox removível para limpeza, painel de controle com todos os sistemas que controlam a câmara, manômetro, interruptor p/ lâmpadas fluorescente e ultravioleta. Área de trabalho com aproximadamente 118cmX64cmX64cm ou:</p>
01	<p>Aparelho de Conexão Estéril: aparelho compacto que permita conexão estéril de tubos de bolsas, com realização de ajuste de diâmetros para diferentes tipos de bolsas e equipos; construído em material resistente que permita constante limpeza e desinfecção de todos os seus componentes com produtos químicos.</p>
<p>Sugerimos a leitura da publicação “Hematologia e Hemoterapia - Guia para Elaboração de Projetos” – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada</p>	

2.3 Manuais e procedimentos operacionais padrão

A UHC deverá manter um conjunto de procedimentos operacionais, técnicos e administrativos para cada área técnica e administrativa, a serem elaborados pelas áreas técnicas e administrativas pertinentes, incluindo as medidas de biossegurança.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 17 de 55

Os procedimentos operacionais serão disponibilizados a todos os funcionários do respectivo serviço, sendo seu cumprimento obrigatório a todo o pessoal atuante no serviço de hemoterapia e avaliados anualmente quanto à adequação e à atualização, quando apropriado.

2.4 Programa de manutenção preventiva e calibração de equipamentos

Os equipamentos utilizados serão objeto de programas de controle, que incluirão a qualificação inicial, a calibração periódica e as manutenções preventiva e corretiva. Estes requisitos são de responsabilidade da UHC onde a AT estiver instalada.

3. HEMOCOMPONENTES

3.1 Sangue total: Sangue coletado de um doador misturado com a solução preservadora e anticoagulante, na proporção de aproximadamente 450 mL de sangue para 63 mL de solução preservadora.

3.2 Concentrado de hemácias (CH): constituído por eritrócitos que permanecem na bolsa depois que esta é centrifugada, e o plasma extraído para bolsa-satélite.

3.3. Concentrado de hemácias lavadas: são os eritrócitos obtidos após a retirada do plasma e de cerca de 80% dos leucócitos. É utilizado quando há necessidade de prevenir reações a proteínas plasmáticas.



3.4 Concentrado de hemácias filtradas (CHF): são os eritrócitos obtidos após a retirada de aproximadamente 99,9% dos leucócitos, com a utilização de filtros de leucorredução.

3.5 Concentrado de hemácias irradiadas: indicadas para reduzir o risco de Doença Enxerto Contra Hospedeiro (DECH)

3.6 Plasma fresco congelado (PFC): é o plasma separado de uma unidade de sangue total por centrifugação e totalmente congelado até 8 horas depois da coleta, o qual mantém preservados os fatores de coagulação, inclusive os lábeis, além de outras proteínas plasmáticas.

3.7 Concentrado de plaquetas (CP): Consiste de uma suspensão de plaquetas em plasma, preparado mediante dupla centrifugação de uma unidade de sangue total. É recomendável que os concentrados de plaquetas sejam submetidos à realização de pesquisa microbiológica na UHC.

3.8 Concentrado de plaquetas lavadas: é o concentrado de plaquetas obtido através da retirada do plasma. É utilizado quando há necessidade de prevenir reações a proteínas plasmáticas.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 18 de 55

3.9 Concentrado de plaquetas filtradas: é o concentrado de plaquetas das quais foram retirados, por filtração, mais de 99,9% dos leucócitos originalmente presentes nos componentes.

3.10 Concentrado de plaquetas irradiadas: seguem as mesmas indicações para concentrado de hemácias irradiados, além de receptor de concentrado de plaquetas HLA compatíveis.

3.11 Crioprecipitado: é a parte insolúvel do plasma, obtido através do método de congelamento rápido, descongelamento e centrifugação do plasma. É rico em fator VIII:c (atividade pró-coagulante), Fator VIII:Vwf (Fator von Willebrand), Fibrinogênio, Fator XIII e Fibronectina.

3.12 Aférese: procedimento para obtenção de hemocomponentes específicos através de processo automatizado, onde ocorre a separação dos componentes sanguíneos, selecionando-se o componente solicitado e devolvendo-se o restante ao doador. O processo é realizado em equipamento específico com kits estéreis e descartáveis.

4. ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

4.1 Prescrição - Toda transfusão de sangue ou componentes deverá ser prescrita por médico, e registrada no prontuário médico do paciente

4.2 Registros - É obrigatório que fique registrado no prontuário, os números de origem dos hemocomponentes transfundidos, com a data e o horário em que a transfusão foi realizada, bem como os sinais vitais do paciente.



4.3 Preenchimento da Requisição de Transfusão – Anexo IV

O médico responsável pela transfusão deverá preencher todos os campos destinados às informações referentes ao Hospital e ao paciente, em 02 (duas) vias, as quais deverão ser enviadas com a amostra de sangue à Unidade HemePar.

A 1ª via será retida e a 2ª devolvida ao hospital, juntamente uma via informatizada e com os hemocomponentes solicitados.

Campo Informações do Paciente: preencher com as informações:

- ◆ **Nome completo do paciente,**
- ◆ Município de origem,
- ◆ Nome da mãe,
- ◆ **N.º do registro/ prontuário,**
- ◆ Sexo,

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 19 de 55

- ◆ **Data de nascimento,**
- ◆ **Peso,**
- ◆ **Nome do hospital,**
- ◆ **Telefone do hospital,**
- ◆ **Localização (enfermaria e leito) do paciente no hospital,**
- ◆ **Categoria de internação, se SUS, PARTICULAR ou CONVÊNIO.**

Paciente: _____ Município: _____

Nome da mãe: _____ Nº de Prontuário: _____

Sexo: M () F () Data de Nascimento: / / Peso: Kg

Hospital: _____ Telefone do Hospital: () _____

Enfermaria: Leito: Categoria: SUS () Convênio () Particular ()

Campo Solicitação do Hospital: Informar:



- ◆ **Quantitativo do(s) hemocomponente(s) solicitado(s) em número de unidades ou mililitros**
- ◆ **Se é necessário algum procedimento especial, como irradiação, lavagem de hemácias, filtração ou fenotipagem.**

SOLICITAÇÃO HOSPITAL

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE (mL ou unidades)	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – Marcar com "X"		
		CH	CP	Plaquetaférese
CONC. HEMÁCIAS				
PLASMA FRESCO		IRRADIADO		
CONC. PLAQUETAS		LAVADO		
CRIOPRECIPITADO		FILTRADO		
PLAQUETAFÉRESE		FENOTIPADO		

Campo Hospital Informações: Preencher com:

- ◆ **Diagnóstico do paciente,**
- ◆ **Indicação clínica,**
- ◆ **Antecedente gestacional,**
- ◆ **ABO/Rh(D),**
- ◆ **Resultado dos exames: VG ou Hb, contagem de plaquetas, RNI, TTPa,**
- ◆ **Modalidade de transfusão**
 - programada para determinado dia e hora
 - de rotina a se realizar dentro das 24 horas
 - de urgência a se realizar dentro das três horas
 - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.
- ◆ **Se o paciente já recebeu transfusão anterior,**
- ◆ **Se sim, data da transfusão,**

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 20 de 55	

- ◆ Assinatura e carimbo do médico,
- ◆ Data da solicitação
- ◆ Hora da solicitação.

HOSPITAL INFORMAÇÕES			
Diagnóstico:			
Indicação			
Antecedente Gestacional:			
ABO/ Rh (D):	VG: %	ou Hb:	g/dl
Plaquetas:	/mm ³	RNI:	TTPa: /seg
<input type="checkbox"/> Não urgente em até 24 horas <input type="checkbox"/> Urgente: em até 3 horas <input type="checkbox"/> De extrema urgência O paciente já recebeu transfusão anterior? Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim Quando? ____/____/____			
_____ Assinatura do médico / Carimbo CRM			
Data: ____/____/____ Hora: _____			

4.4 Coleta da amostra de sangue do paciente



4.4.1 - Identificação da amostra

Identificar um tubo de heparina sódica de 6 mL fornecido pelo Hemepar, com etiqueta fornecida pelo Hemepar contendo as seguintes informações:

- ◆ Nome completo do paciente
- ◆ Data de nascimento
- ◆ Nome do hospital
- ◆ Data da coleta
- ◆ Número do registro do paciente no hospital.
- ◆ Nome do funcionário que realizou a coleta.

Modelo da etiqueta para tubo de coleta fornecida pelo Hemepar):

Paciente: _____ Data nascimento: ____/____/____ Hospital: _____ Data da coleta: ____/____/____ N° Registro Paciente: _____
--

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 21 de 55	

Funcionário: _____

4.4.2 - Coleta da amostra

Coletar 6 mL de sangue em tubo de heparina sódica devidamente identificado.

4.4.3 Observações

4.4.3.1 O Banco de Sangue poderá solicitar nova amostra de sangue para exames complementares, se necessário.

4.4.3.2 Não serão aceitas amostras de sangue enviadas em seringa.

4.4.3.3 Amostras com identificação ilegível ou incompleta poderão ser recusadas se causar risco à segurança do paciente.

4.4.3.4 Sempre que houver necessidade de uma nova transfusão de sangue após 24 horas da primeira transfusão, enviar nova amostra de sangue do paciente.

4.4.3.5 Jamais encaminhar amostra de sangue coletada com EDTA.

4.4.3.6 O não cumprimento das instruções para coleta de amostra poderá interferir nos resultados dos testes pré-transfusionais.

4.4.3.7 O Hemepar irá fornecer tubos e etiquetas somente nos casos onde realizará os testes pré-transfusionais.

4.5 Coleta de amostra para atendimento pediátrico (crianças):

4.5.1 Identificação da amostra de sangue

Identificar um tubo de heparina sódica fornecido pelo Hemepar, contendo as seguintes informações:



- ◆ Nome completo do paciente (criança)
- ◆ Data de nascimento
- ◆ Data da coleta
- ◆ Número do registro do paciente no hospital
- ◆ Nome do funcionário que realizou a coleta

4.5.2 Coleta da Amostra

Coletar no mínimo 2 ml de sangue.

4.6 Coleta da amostra para atendimento de recém-nascido (RN)

No caso de crianças até 4 meses de idade **sempre** coletar amostra de sangue da criança **e** da mãe, seguindo estas orientações:

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 22 de 55

4.6.1 Identificação da amostra da mãe

Identificar tubo de heparina sódica fornecido pelo Hemeplar, contendo as seguintes informações:

- ◆ Nome completo da mãe do recém-nascido.
- ◆ Nome do hospital
- ◆ Data da coleta
- ◆ Nome do funcionário que realizou a coleta

4.6.2 Coleta da amostra da Mãe

Coletar 6 mL de sangue em tubo de heparina sódica.

4.6.3 Identificação da amostra da criança (RN)

Identificar um tubo de heparina sódica fornecido pelo Hemeplar, contendo as seguintes informações:

- ◆ - Nome completo do paciente RN
- ◆ - Data de nascimento
- ◆ - Nome do hospital
- ◆ - Data da coleta
- ◆ - Número do registro do paciente no hospital
- ◆ - Nome do funcionário que realizou a coleta

4.6.4 Coleta da amostra da Criança (RN)

Coletar no mínimo 2 ml de sangue.

4.6.5 Observações:

4.6.5.1 Na impossibilidade de localizar a mãe para a coleta de amostra de sangue da mesma, o médico responsável pelo paciente deverá entrar em contato com o Bioquímico de plantão da Unidade do Hemeplar.



4.6.5.1.1 Neste caso, o médico deverá assinar o documento: "Ciência e Autorização do Médico Solicitante", conforme protocolo no verso da RT – ANEXO VII .

4.6.5.1.2 Anotar sempre o **peso** da criança na Requisição de Transfusão.

4.6.5.1.3 Nas unidades pediátricas o sangue será enviado em equipo pediátrico para permitir o micro gotejamento.

5- ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE SANGUE À UNIDADE DO HEMEPAR

5.1 É de **responsabilidade do Hospital** encaminhar a amostra de sangue do paciente acondicionada em **caixa térmica de poliuretano**, devidamente fechada, com a

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 23 de 55

Requisição de Transfusão – RT – Anexo IV, sob os cuidados de um funcionário do Hospital à Unidade do Hemeplar.

5.2 No ato do recebimento da RT e amostra de sangue pela Unidade do Hemeplar, os dados serão conferidos.

5.3 Qualquer irregularidade deverá ser corrigida pelo hospital.

5.4 Jamais encaminhar a amostra de sangue diretamente sobre o gelo.

5.4.1 Proteger com papelão.

6- ENCAMINHAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES AO HOSPITAL

6.1 É, também, de **responsabilidade do hospital** transportar o hemocomponente liberado pela Unidade do Hemeplar, em caixa térmica de poliuretano, fechada, sob os cuidados de um funcionário do hospital, conforme o item 1.14.

6.2 O transporte da Unidade do Hemeplar até o hospital deverá ser feito no menor tempo possível.

6.3 Ao receber a caixa térmica com os hemocomponentes solicitados, o responsável pela abertura da caixa deverá:

6.3.1 Confirmar o recebimento dos hemocomponentes, anotar data e hora e assinar no campo específico da RT – Anexo IV

6.3.2 Preencher o campo “Dados da Chegada do Estoque ou Coleta” no formulário “Controle de Temperatura no Transporte” – CTT – Anexo IV.

7 – ATO TRANSFUSIONAL

7.1 Registros



7.1.1 O hospital deverá registrar a transfusão das bolsas em livro próprio para este fim, registrado na Vigilância Sanitária.

7.1.2 O registro poderá ser realizado em sistemas informatizados.

7.1.3 No registro deve constar, no mínimo:

- ◆ Data,
- ◆ n.º de ordem,
- ◆ nome completo do paciente,
- ◆ n.º de registro no hospital (prontuário),
- ◆ tipagem ABO e RH do paciente,
- ◆ hemocomponente liberado,
- ◆ n.º de SUS e volume.

7.1.4 O hospital deverá registrar no prontuário do paciente, os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos bem como a data e horário em que a transfusão foi liberada:

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 24 de 55

Hemocomponente:				
Data:				
N.º SUS de doação:				
	Hora	PA	P	T
Início				
Final				
Responsável pela instalação				

Legenda: PA = Pressão arterial P = Pulso T = Temperatura

7.1.5 O preenchimento do Boletim Mensal de Transfusão Sangüínea (BMTS) é de responsabilidade do Hospital, bem como o seu envio ao Serviço de Vigilância Sanitária conforme cronograma preestabelecido.

7.1.6 Para realizar este procedimento o hospital deverá entrar em contato com o Serviço de Vigilância Sanitária Municipal.

7.2 Materiais utilizados para o procedimento transfusional

7.2.1 Scalp 21,23 (criança) , 19 (adulto)

7.2.2 Equipo de transfusão **com filtro** (poros entre 170 e 260 micra), estéril, apirogênico, e descartável. Para transfusão de CH e PF deve ser trocado a cada bolsa. Para transfusão de CP pode-se utilizar um equipo a cada 6 CP.

7.2.3 Garrote

7.2.4 Álcool etílico a 70%

7.2.5 Bolas de algodão

7.2.6 Esparadrapo

7.2.7 Suporte para bolsa de sangue

7.2.8 Talas para imobilização do braço se necessário

7.3 Cuidados ao iniciar a transfusão

7.3.1 As transfusões deverão ser realizadas por médico ou profissional de saúde legalmente habilitado para tal, isto é, só podem ser realizadas em local que haja pelo menos um médico presente, que possa intervir em casos de reações ou complicações.

7.3.2 Conferir os dados da etiqueta colada na bolsa do hemocomponente, com o Cartão de Identificação do Receptor preso à bolsa de sangue, o qual deverá ser mantido até o final da transfusão.



7.3.3 Imediatamente antes da transfusão, verificar com especial atenção a identidade do receptor, perguntando-lhe (ou a seu acompanhante) o seu nome completo.

7.3.4 Se não for possível, conferir com a identificação no bracelete.

7.3.5 A identificação do receptor que consta da bolsa deve ser conferida com a identificação do paciente.

7.3.5.1 Anotar na prescrição: *conferido e instalado*.

7.3.6 Certificar-se de que a bolsa em questão destina-se realmente ao paciente e que todas as informações estão em conformidade.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 25 de 55

7.3.7 Proceder a dupla checagem por dois técnicos, em todos os dados das bolsas a serem transfundidas e receptores!

7.3.8 Em caso de discrepância, não iniciar a transfusão e contatar imediatamente com o HemePar.

7.3.9 Em centros cirúrgicos, berçários e UTI neonatais deve haver pulseiras ou braceletes identificando os pacientes, de modo a minimizar as chances de troca de sangue.

7.3.10 Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em temperatura ambiente antes de instalar a transfusão.

7.3.10.1 É recomendável que o hemocomponente permaneça entre 20° C e 24°C, por 30 minutos antes da transfusão.

7.3.10.2 As demais bolsas deverão ficar armazenadas em refrigerador (+2°C a +6°C) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas, que deverá permanecer entre 20 e 24°C.

7.3.11 Cuidar para não violar a bolsa e sua identificação.

7.3.11.1 O sistema deverá permanecer íntegro até o término da transfusão.

7.3.12 É terminantemente proibida a adição de quaisquer substâncias ou medicamentos ao concentrado de hemácias ou outro hemocomponente, ou sua infusão concomitante pela mesma linha que a do sangue.

7.3.13 Conservar o Cartão de Identificação do Receptor afixado na bolsa até o final da transfusão.

7.3.14 Verificar e registrar os dados vitais antes de iniciar o processo de transfusão.

7.3.14.1 Se os dados vitais foram verificados há mais de 30 minutos, verificar novamente e registrar no prontuário.

7.3.14.1 Verificar e registrar também entre as trocas de bolsas.

7.3.15 Orientar o paciente sobre sinais e sintomas em relação às reações transfusionais e repetir sempre que outra bolsa seja instalada.

7.3.16 Puncionar um acesso venoso com scalp 19 ou 21.

7.3.16.1 Controlar o gotejamento prescrito pelo médico e **permanecer junto ao paciente durante os primeiros 15 minutos.**

7.3.16.2 Observar o paciente durante todo o período da transfusão.

7.3.16.3 Se o paciente já recebeu transfusão de algum hemocomponente e tiver história de qualquer tipo de reação, observá-lo com maior rigor.

7.3.17 Sempre que possível, transfundir no período diurno.



7.3.18 Atentar para sinais de Reação Transfusional.

7.3.18.1 Em caso positivo adotar as condutas do item 8.4.

7.3.15 Assinar e carimbar o término da evolução transfusional.

7.3.15.1 Registrar dados vitais do paciente no prontuário.

7.3.16 Concluída a transfusão, recolher a bolsa e descartar em lixo infectante.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 26 de 55

7.4 Tempo máximo para transfusão

Hemocomponente	Tempo de Transfusão
Uma bolsa de Concentrado de Hemácias ou Plasma Fresco	Máximo de 4 horas
Crioprecipitado (Crio)	Até 30 minutos, independente do n.º de unidades.
Concentrado de Plaquetas (CP)	Até 2 horas, independente do n.º de unidades.

7.4.1 O tempo máximo de transfusão é de 04 (quatro) horas, para evitar contaminação bacteriana.

7.4.1.1 Após esse período, suspender a transfusão,

7.4.1.2 Comunicar o médico,

7.4.1.3 Anotar no prontuário a quantidade transfundida

7.4.1.4 Desprezar a bolsa.

7.4.1.5 Acompanhar o gotejamento rigorosamente para não ocorrer perda de hemocomponente por tempo excedente.

7.4.2 Homogeneizar a bolsa de Concentrado de Hemácias que está sendo transfundida de forma manual, com delicadeza, em períodos alternados.

7.4.2.1 Durante a transfusão o gotejamento tende a diminuir gradativamente devido ao depósito das hemácias na saída do equipo.

7.5 Transfusões de extrema urgência

7.5.1 Nas transfusões de extrema urgência o médico responsável pela transfusão deve preencher a RT e o formulário “Termo de Responsabilidade Médica para Transfusões de Extrema Urgência” – Anexo IX, no verso da RT;

7.5.2 O médico responsável pela transfusão pode e deve reforçar o pedido de liberação do sangue com urgência por meio de contato telefônico.



7.5.3 A amostra deve ser encaminhada com a RT para que as provas de compatibilidade sejam realizadas ao mesmo tempo em que o componente sanguíneo é encaminhado.

7.5.4 Caso ocorra discrepância nos testes realizados, a Unidade Hemeplar entrará em contato imediatamente com o médico assistente.

7.6 Transfusões de caráter especial

7.6.1 Auto transfusão ou Transfusão autóloga

7.6.1.1 Auto transfusão é aquela em que a bolsa de sangue coletada é dirigida ao próprio doador-paciente.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 27 de 55

7.6.1.2 O médico deverá preencher a RT, citando no campo “Observação”:
AUTOTRANSFUSÃO.

7.6.1.3 A equipe de enfermagem encaminhará a RT junto com a amostra de sangue do paciente, colhido como de rotina.

7.6.1.4 O Hemepar realizará todos os testes pré-transfusionais conforme procedimentos operacionais estabelecidos.

7.6.2 Em caso de **Auto-transfusão com sorologia positiva:**

7.6.2.1 A unidade do Hemepar entrará em contato com o médico solicitante por telefone para informar sobre a condição da sorologia da bolsa.

7.6.2.2. Caso o médico solicitante confirme a necessidade do hemocomponente oriundo de doação autóloga com sorologia reagente, será encaminhado o formulário “CIÊNCIA DE AUTOTRANSFUSÃO-SOROLOGIA REAGENTE – DIS 10” - Anexo X, em uma via, para ciência e assinatura do médico solicitante.

7.6.2.2 Após a assinatura, o formulário deve ser devolvido ao Hemepar.

7.6.2.3 O hemocomponente será liberado após o recebimento do formulário assinado e conforme o item 7.6.1.

7.6.3 Transfusão Domiciliar

7.6.3.1 Quando existir contra indicação formal ao traslado do paciente a uma instituição assistencial, a transfusão poderá ser realizada em domicílio, desde que seja encaminhada RT e o formulário “Termo de responsabilidade do Médico Solicitante para Transfusão Domiciliar” – DIS 002 – Anexo XI.



7.6.3.2 É obrigatória a presença de médico durante todo o transcurso do ato transfusional.

7.6.4 Sangria

Para pacientes internados nos hospitais da rede pública ou privada, o hospital deve se responsabilizar pela aquisição das bolsas, pelo procedimento e descarte das bolsas em lixo infectante.

8 - ARMAZENAMENTO E PRAZO DE VALIDADE DE HEMOCOMPONENTES NO HOSPITAL

HEMOCOMPONENTES	CONDIÇÕES E TEMPERATURA DE ARMAZENAMENTO
Concentrado de Hemácias (CH)	◆ +2 a +6° C, podendo ficar até 24 horas em refrigerador, com temperatura controlada, no hospital.
Concentrado de Plaquetas (CP)	◆ +20 a +24°C até 2 horas
Plasma Fresco (PF)	◆ Descongelado: 4 horas a temperatura ambiente

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 28 de 55

Crioprecipitado (Crio)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Descongelado: USO IMEDIATO
Concentrado de Hemácias FILTRADAS/LAVADAS (CHF / CHL)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ +2 a +6° C, podendo ficar até 24 horas em refrigerador, com temperatura controlada, no hospital. ◆ Em temperatura ambiente: 4 horas
Fracionamento Pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Em bolsa de sangue: +2 a +6°C, podendo ficar até 24 horas em refrigerador, com temperatura controlada, no hospital. ◆ Em equipo pediátrico: 4 horas após o fracionamento ◆ Em temperatura ambiente: 4 horas

OBSERVAÇÕES

8.1 As temperaturas dos refrigeradores deverão ser verificadas e registradas a cada 4 horas, rigorosamente.

8.1.1 Qualquer falha ou irregularidade, entrar em contato com o bioquímico de plantão da Unidade do Hemepar.

8.2 Os diferentes prazos de validade dos hemocomponentes armazenados no hospital e na Unidade do Hemepar se devem aos equipamentos próprios para armazenamento de sangue existentes nas unidades do Hemepar.

9 - DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES À UNIDADE DO HEMEPAR

9.1 Os hemocomponentes não utilizados deverão ser devolvidos à Unidade do Hemepar **em até 24 horas**, com exceção do CP que em caso de não utilização, deve retornar imediatamente à Unidade do Hemepar.

9.2 Todos os hemocomponentes deverão ser devolvidos acompanhados do Cartão de Identificação do Receptor, informando o motivo da devolução.



9.3 O prazo poderá ser prorrogado em caso de comunicação por parte do hospital, dependendo da condição do paciente.

9.3.1 Para isso o hospital deverá manter geladeira para armazenamento exclusivo do CH e/ou PF, a qual deverá ter temperatura controlada e registrada através de termômetro e mapa de registro de temperatura com leitura a intervalos preestabelecidos (4 em 4 horas), conforme legislação vigente.

10 - REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

10.1 Definição

A reação transfusional é toda e qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após a sua administração.

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 29 de 55	

10.2 Classificação

As reações transfusionais podem ser classificadas em:

- 10.2.1 Imediatas - até 24 horas da transfusão;
- 10.2.2 Tardias - após 24 horas da transfusão
- 10.2.3 Imunológicas
- 10.2.4 Não-imunológicas

10.3 Tabela de principais reações transfusionais

	IMUNE	NÃO-IMUNE
IMEDIATA	Reação febril não-hemolítica (RFNH)	Sobrecarga volêmica
	Reação hemolítica aguda (RHA)	Contaminação bacteriana
	Reação alérgica (leve, moderada, grave)	Hipotensão por inibidor da ECA
	TRALI (injúria pulmonar relacionada à transfusão)	Hemólise não-imune
		Hipocalcemia
		Embolia aérea
		Hipotermia
	IMUNE	NÃO-IMUNE
TARDIA	Aloimunização eritrocitária	Hemossiderose
	Aloimunização HLA	Doenças infecciosas
	Reação enxerto x hospedeiro	
	Púrpura pós transfusional	
	Imunomodulação	

10.4 Sinais e sintomas



10.4.1 A ocorrência destas reações pode associar-se a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas como:

10.4.1.1 Febre com ou sem calafrios (definida como elevação de 1°C na temperatura corpórea), associada à transfusão.

10.4.1.2 Calafrios com ou sem febre.

10.4.1.3 Dor no local da infusão, torácica ou abdominal.

10.4.1.4 Alterações agudas na pressão arterial, tanto hipertensão como hipotensão.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 30 de 55

10.4.1.5 Alterações respiratórias como: dispnéia, taquipnéia, hipóxia, sibilos.

10.4.1.6 Alterações cutâneas como: prurido, urticária, edema localizado ou generalizado

10.4.1.7 Náusea, com ou sem vômitos.

10.4.2 A ocorrência de choque em combinação com febre, tremores, hipotensão e/ou falência cardíaca de alto débito sugere contaminação bacteriana, podendo também acompanhar o quadro de hemólise aguda.

10.4.3 A falência circulatória, sem febre e/ou calafrios, pode ser o dado mais importante de anafilaxia.

10.4.4 A alteração na coloração da urina pode ser o primeiro sinal de hemólise no paciente anestesiado.

10.5 Conduta Clínica

10.5.1 Qualquer anormalidade havida com o paciente que possa ser atribuída à transfusão do hemocomponente fornecido, deverá ser comunicada imediatamente ao Hemeplar, para fins de investigação e preenchimento do formulário "Investigação de Reação Transfusional" - **DIS025 - Anexo XII**, conforme legislação vigente.

10.5.2 O médico, a enfermeira e/ou o técnico/auxiliar de enfermagem que instalou a transfusão são os responsáveis pelo reconhecimento dos sinais e sintomas decorrentes de reações transfusionais e pela imediata comunicação à Unidade do Hemeplar.

10.6 QUANDO HOVER SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL, as seguintes ações deverão ser desencadeadas junto ao leito do paciente:

10.6.1 Interromper imediatamente a transfusão.

10.6.2 Manter acesso venoso com salina a 0,9%.

10.6.3 Verificar sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório.

10.6.4 Examinar cuidadosamente todas as etiquetas, rótulos e registros, conferindo novamente os dados do paciente com os dados da unidade de sangue ou componente em uso.

10.6.5 Avaliar se ocorreu a reação e classificá-la, a fim de adequar a conduta específica.



10.6.6 Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia e sepse relacionada à transfusão, situações nas quais são necessárias condutas de urgência.

10.6.7 Coletar amostra pós transfusional, com heparina, preferencialmente por outro acesso que não aquele utilizado para a transfusão;

10.6.8 Preencher o formulário "Investigação de Reação Transfusional" - DIS025 - Anexo XII.

10.6.9 Encaminhar imediatamente à Unidade do Hemeplar ou à Agência Transfusional responsável pela realização dos testes pré-transfusionais:

10.6.9.1 A **bolsa contendo o restante do hemocomponente, mesmo que vazia** com a **etiqueta de identificação da bolsa** afixada na mesma, e com o equipo de transfusão, dentro de caixa térmica;

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 31 de 55	

10.6.9.2 A bolsa do hemocomponente deverá ser devolvida em condições para realizar este exame, isto é, deve estar corretamente fechada, para não haver contaminação externa.

10.6.9.3 Nos casos em que a bolsa é devolvida pingando, ou se for verificado que houve contaminação do meio externo, a cultura não será realizada.

10.6.9.4 Formulário “Investigação de Reação Transfusional” - DIS025 - Anexo XII, tomando o cuidado de não contaminar o produto quando desta manipulação. Novos testes serão realizados no Hemocentro.

10.6.9.5. **Amostra pós transfusional** coletada conforme o item 10.6.7.

10.6.10 Na entrega da amostra pós - transfusional, do protocolo e hemocomponente, será fornecido pelo Hemeplar, um “Kit” contendo 2 frascos para hemocultura do paciente, sendo um para pesquisa de bactérias não aeróbias e outro para bactérias aeróbias.

10.6.11 A inoculação da amostra de sangue do paciente nos 2 frascos de hemocultura deve ser realizada e encaminhada imediatamente ao Hemeplar, seguindo as instruções fornecidas pela unidade do Hemeplar.

10.6.12 O hospital receberá, em nome do **enfermeiro responsável**, o resultado dos exames realizados nas amostras de sangue pré e pós transfusionais do paciente, bem como das hemoculturas.



10.6.12.1 Os resultados e o parecer do médico da Unidade do Hemeplar deverão ser avaliados pelo médico assistente e em seguida transcritos no prontuário do paciente e no Livro de Registro de Complicações Transfusionais.

10.7 – Preenchimento do Formulário “Investigação de Reação Transfusional” - DIS025 - Anexo XII

10.7.1 **ATENÇÃO:** O formulário “Investigação de Reação Transfusional – DIS 025 – Anexo XII, deve estar disponível a todos os funcionários, em local de fácil acesso e conhecimento geral.

10.7.2 Informações sobre o paciente

- ◆ Preencher nome e telefone do hospital
- ◆ Nome completo do paciente, sem abreviações e sem omitir nomes/sobrenomes e data de nascimento
- ◆ Número do prontuário, sexo do paciente e n^o da RT
- ◆ Diagnóstico clínico do paciente: preencher conforme consta na Requisição de Transfusão (RT).
- ◆ Indicação da transfusão
- ◆ Informar se houveram transfusões prévias e o número
- ◆ Conferir os dados do Cartão de Identificação do Receptor preso à bolsa com os dados do paciente.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 32 de 55

PREENCHIMENTO NO HOSPITAL		
HOSPITAL:		Telefone
PACIENTE (NOME COMPLETO)		DATA DE NASCIMENTO:
Nº PRONTUÁRIO	SEXO <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Nº RT
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		
INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:		
TRANSFUSÕES PRÉVIAS: <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"/> não houve <input type="checkbox"/> ignorado		



10.7.3 Informações sobre a transfusão e reação transfusional

- ◆ Data e hora da transfusão
- ◆ Data e horário da ocorrência da reação transfusional
- ◆ Dados vitais pré e pós transfusionais – anotar os dados vitais antes da transfusão e logo após a retirada da bolsa
- ◆ Se houveram reações transfusionais prévias

DATA E HORÁRIO DA TRANSFUSÃO:		DATA E HORÁRIO DA REAÇÃO:		
SINAIS VITAIS				
PRÉ TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Respiração:
PÓS TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Respiração:
HISTÓRIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS PRÉVIAS: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ignorado				

10.7.4 Informações sobre o hemocomponente

- ◆ Informar o tipo, nº de doação, nº SUS, marca da bolsa e lote do hemocomponente suspeito de causar a possível reação transfusional.
- ◆ A marca da bolsa e número de lote serão registrado na unidade do hemeper

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 33 de 55

Hemoc	Nº DE DOAÇÃO	Nº SUS	MARCA DA BOLSA	LOTE

10.7.5 Informações sobre sinais e sintomas da reação transfusional

- ◆ Marcar com um X as manifestações apresentadas pelo paciente:
- ◆ Informar o nome do responsável pelo preenchimento do protocolo, assinar e carimbar.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL	
<input type="checkbox"/> CALAFRIOS <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> DOR LOMBAR <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> CIANOSE	<input type="checkbox"/> CIVD <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO (TRALI) <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> PRURIDO <input type="checkbox"/> ERITEMA
<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> URTICÁRIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR:	
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:	ASSINATURA/CARIMBO:



10.7.6 Informações sobre a conduta clínica adotada

- ◆ Informar a conduta clínica realizada: suspensão da transfusão, medicação, outros.
- ◆ Informar o nome do médico responsável pelas informações sobre a conduta clínica adotada, assinar e carimbar.

CONDUTA CLÍNICA ADOTADA	
MÉDICO RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:

10.7.7 Recebimento na Unidade do HemePar

- ◆ O profissional da unidade do HemePar que receber o hemocomponente, amostras, hemocultura e o formulário deve conferir os dados, as condições da bolsa e marcar um X no campo devido
- ◆ Identificar o nome do responsável pelo recebimento, assinar, carimbar, datar e registrar o horário do recebimento.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 34 de 55



RECEBIMENTO			
<input type="checkbox"/> Amostra paciente	<input type="checkbox"/> Hemocultura Paciente	<input type="checkbox"/> Bolsa	<input type="checkbox"/> Hemocultura Bolsa
FUNCIONÁRIO:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:

10.7.8 – Verso do Formulário

- ◆ A unidade do HemePar irá realizar os testes imunohematológicos na amostra do paciente, assim como a hemocultura, se pertinente.
- ◆ Após avaliação das informações constantes no formulário “Investigação de Reação Transfusional – DIS 025 – Anexo III pelo médico do HemePar, será encaminhada cópia do documento para o hospital onde houve a reação, aos cuidados da Enfermeira.
- ◆ As informações deverão ser transcritas pela Equipe de Enfermagem do hospital no Livro de Registro de Reações Transfusionais e o formulário “Investigação de Reação Transfusional” – DIS 025 – Anexo III deve ser arquivado no prontuário do paciente.

10. 8 Dados do Livro de Registro de Complicação Transfusional:

- 10.8.1 Data da Complicação
- 10.8.2 Horário do início da transfusão
- 10.8.3 Nome do paciente
- 10.8.4 Nome do médico
- 10.8.5 Número do prontuário
- 10.8.6 Identificação da bolsa : iniciais do doador, nº de doação, nº SUS, ABO, Rh, PAI, validade, tipo de hemocomponente.
- 10.8.7 Aspecto visual da bolsa (ver hemólise, coágulo, integridade)
- 10.8.8 Sinais e sintomas observados
- 10.8.9 Nome do responsável pelo reconhecimento dos sinais e sintomas
- 10.8.10 Procedimentos adotados: relatar seqüência histórica
- 10.8.11 Resultados dos exames realizados:
 - ◆ Na amostra de sangue pré-transfusional do paciente
 - ◆ Na amostra de sangue pós-transfusional do paciente
 - ◆ Na bolsa do hemocomponente
- 10.8.12 Parecer do médico.

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 35 de 55

11. RETROVIGILÂNCIA

11.1 Soroconversão em doadores de sangue:

Através do sistema de retrovigilância e com o intuito de garantir maior segurança transfusional, a Unidade do Hemeplar realiza busca de hemocomponentes anteriormente distribuídos, provenientes de doadores que apresentarem conversão para reagente ou inconclusivo em doação posterior, solicitando a devolução do hemocomponente e rastreando seus receptores, se já utilizados.

11.2 Devolução de bolsas em caso de soroconversão:

Quando forem detectados doadores com teste reagente em doação atual e que possuam doação anterior com sorologia não reagente, a Unidade do Hemeplar solicitará a devolução para descarte, de todas as unidades válidas ainda em estoque em outros serviços hemoterápicos.

Também poderá solicitar devolução para descarte de hemocomponentes válidos por outros motivos diferentes de sorologia e NAT, desde que tenha sido considerado importante para a segurança de receptores de transfusão (ex: informações recebidas pós-doação).

A solicitação de devolução de hemocomponente será feita via ofício ou memorando pela direção da Unidade Hemoterápica, caso o mesmo ainda se encontre em estoque. A AT, UHC, UCT, HN, HR ou HC deverá devolver o hemocomponente ao setor de distribuição, observando tratar-se de hemocomponente devolvido por solicitação do Hemocentro por telefone ou email.

11.3 Rastreamento de receptores:



Os responsáveis técnicos e/ou Diretores Clínicos das UHC receberão notificação escrita da Unidade do Hemeplar para que realizem o rastreamento e os testes pertinentes dos receptores dos hemocomponentes envolvidos, em casos de conversão de exames de doadores, informando os resultados encontrados nos exames para a Unidade do Hemeplar.

É de responsabilidade da Unidade do hemoterápica notificar o ocorrido à autoridade sanitária competente.

11.4 Conversão de exames para doenças infecciosas em receptores de transfusão:

11.4.1 Todos os casos em que houver suspeita de contaminação adquirida por transfusão, deverão ser adequadamente avaliados pela Unidade do Hemeplar mediante processo de retrovigilância.

11.4.2 Os responsáveis técnicos das Agências Transfusionais deverão notificar a Unidade do Hemeplar formalmente, quando houverem receptores com sorologia reagente para doenças suspeitas de transmissão por transfusão realizada.

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 36 de 55	

11.4.3 Deverá ser encaminhada cópia do resultado sorológico que apresentou a sorologia positiva para a Unidade do Hepar, podendo, eventualmente, solicitar amostra para repetição do(s) teste(s).

11.4.4 Esses casos serão investigados pela Unidade do Hepar.

12. COMITÊ TRANSFUSIONAL

O serviço de saúde que tenha serviço de hemoterapia deve constituir um **comitê transfusional**, multidisciplinar, do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste. Este comitê tem como função o monitoramento da prática hemoterápica na instituição, visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais.

A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.

As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio.

13. REGISTROS

Poderão ser realizados em sistema informatizado ou em livros registrados na Vigilância Sanitária.

13.1 As AT's que realizam os testes pré-transfusionais, estocam, e transfundem hemocomponentes deverão manter:

13.1.1 Registro de Entrada de Hemocomponentes

13.1.2 Registro de Liberação de Sangue

13.1.3 Registro de Complicações Transfusionais.



13.2 As UHC's que somente transfundem, deverão manter:

13.2.1 Registro de Liberação de Sangue

13.2.2 Registro de Complicações Transfusionais.

14 – FOCO NO CLIENTE

14.1 Pesquisa de satisfação dos clientes

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 37 de 55

Periodicamente o Hemepar realiza pesquisa de satisfação com seus clientes doadores, pacientes e hospitais, originando a abertura de ações corretivas e ou preventivas, objetivando a satisfação de clientes e melhoria de processos.

14.2 Reclamações e Sugestões de Clientes

Para reclamações ou sugestões sobre os serviços, entrar em contato com as unidades da Hemorrede distribuídas em todo o Paraná, conforme “Relação de Unidades da Hemorrede” – Anexo XII, ou ainda pelo email: hemepar@sesa.pr.gov.br

15- EM CASOS DE DÚVIDAS

Contatar a Unidade da Hemorrede responsável pelo fornecimento do Hemocomponente.

16 – ANEXOS

Os anexos a serem utilizados poderão variar em algumas unidades da Hemorrede, mas serão baseados nos modelos apresentados neste manual.

16.1. Anexo I – Ficha Cadastral de Cliente Potencial - FCCP

16.2 Anexo II – Anexo II – Pacientes NÃO SUS

16.3 Anexo III - Investigação de Reação Transfusional – DIS 025

16.4 Anexo IV – Requisição de Transfusão – RT

16.5 Anexo V – Solicitação de Estoque Pelas Unidades Para o Hemocentro Coordenador – DIS 026



16.6 ANEXO VI – Protocolo de Validação - PV

16.7 Anexo VII – Ciência e Autorização do Médico Solicitante para Transfusão em Recém Nato – RN sem amostra da mãe

16.8 Anexo VIII – Controle de Temperatura no Transporte – CTT

16.9 Anexo IX – Termo de Responsabilidade Médica para Transfusão de Extrema Urgência

16.10 Anexo X – Ciência de Auto Transfusão – Sorologia Reagente

 <p>HEMEPAR</p>	<p align="center">SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ</p>	 <p>PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde</p>
<p align="center">MANUAL</p>		<p>MA CLIENTE Rev. 00 Página 38 de 55</p>

16.11 Anexo XI – Termo de Responsabilidade do Médico Solicitante para Transfusão Domiciliar



16.12 Anexo XII – Relação de Unidades da Hemorrede

16,13 Anexo XIII - Registro de Liberação de Sangue

16.14 Anexo XIV – Modelo para Prontuário



16.15 Anexo XV – Cartão de Identificação do Receptor

16.16 Anexo XVI – Requisição de Hemoderivados - RH



 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 39 de 55

ANEXO I - Ficha Cadastral de Cliente Potencial - FCCP pag 1/2

ANEXO I



 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
FICHA CADASTRAL DE CLIENTE POTENCIAL		FCCP ____ / ____ Rev. 02 Página 1 de 2

DADOS CADASTRAIS			
DATA:			
CLIENTE:			
ENDEREÇO:			
Nº:		COMPLEMENTO:	
CIDADE:		ESTADO:	CEP:
TELEFONE:		FAX:	
CNPJ:		IE:	
E-MAIL:			
RESPONSÁVEL PELO CONTRATO:			
Nº DE LEITO ENFERMARIA		Nº DE LEITO CTI/UTI	Nº DE SALA DE CIRURGIA
ESPECIALIDADES			
01		07	
02		08	
03		09	
04		10	
05		11	
06		12	
EXECUTA CIRURGIA CARDIACA?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ESTIMATIVA DE USO		HEMOCOMPONETE	QUANTIDADE
		CH	
		CP	
		AFERESE	
		PLASMA	
		CRIO	
DATA DO INICIO PREVISTO PARA: / /			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:			

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 42 de 55

ANEXO III - Investigação de Reação Transfusional – DIS 025 pag 1/2

ANEXO III

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL		DIS 025 Rev. 01 Pág 1/2

PREENCHIMENTO NO HOSPITAL				
HOSPITAL:				Telefone
PACIENTE (NOME COMPLETO):				DATA DE NASCIMENTO:
Nº PRONTUÁRIO	SEXO <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino			Nº RT
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:				
INDICAÇÃO DA TRANSFUÇÃO:				
TRANSFUÇÕES PRÉVIAS: <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"/> não houve <input type="checkbox"/> ignorado				

DATA E HORÁRIO DA TRANSFUÇÃO:		DATA E HORÁRIO DA REAÇÃO:		
SINAIS VITAIS				
PRÉ TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Respiração:
PÓS TRANSFUSIONAIS	P.A.:	Temperatura:	Pulso:	Respiração:
HISTÓRIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS PRÉVIAS: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ignorado				



Hemoc	Nº DE DOAÇÃO	Nº SUS	MARCA DA BOLSA	LOTE

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DA REAÇÃO TRANSFUSIONAL		
<input type="checkbox"/> CALAFRIOS	<input type="checkbox"/> CIVD	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA
<input type="checkbox"/> NÁUSEAS	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> ICTERICIA
<input type="checkbox"/> DOR LOMBAR	<input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO (TRALI)	<input type="checkbox"/> URTICÁRIA
<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> VÔMITOS
<input type="checkbox"/> FEBRE	<input type="checkbox"/> PRURIDO	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA
<input type="checkbox"/> CIANOSE	<input type="checkbox"/> ERITEMA	<input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR:



RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:	ASSINATURA/CARIMBO:

CONDUTA CLÍNICA ADOTADA	
MÉDICO RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:



RECEBIMENTO			
<input type="checkbox"/> Amostra paciente	<input type="checkbox"/> Hemocultura Paciente	<input type="checkbox"/> Bolsa	<input type="checkbox"/> Hemocultura Bolsa
FUNCIONÁRIO:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:	HORA:

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 43 de 55



ANEXO III - Investigação de Reação Transfusional – DIS 025 pag 2/2



	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
INVESTIGAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL		DIS 025 Rev. 01 Pág 2/2
PREENCHIMENTO NO HEMEPAR		
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS – AMOSTRA PACIENTE		
Nome do paciente: _____		
	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/Rh		
PEQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES		
ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S)		
PROVA DE COMPATIBILIDADE		
COOMBS DIRETO		
ELUATO		
ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S) NO ELUATO		
EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS – AMOSTRA BOLSA		
	Pré-transfusional	Pós-transfusional
ABO/Rh		
TESTE DE HEMÓLISE (Inspeção visual) <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> inconclusivo <input type="checkbox"/> não realizou <input type="checkbox"/> ignorado		
RESPONSÁVEL PELOS TESTES:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA: HORA:
HEMOCULTURA - AMOSTRA PACIENTE		
CRESCIMENTO BACTERIANO: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> inconclusivo <input type="checkbox"/> não realizou <input type="checkbox"/> ignorado		
MICROORGANISMO(S) ISOLADO(S): _____		
AMOSTRA BOLSA (Obs. 1)		
CRESCIMENTO BACTERIANO: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> inconclusivo <input type="checkbox"/> não realizou <input type="checkbox"/> ignorado		
MICROORGANISMO(S) ISOLADO(S): _____		
INSPEÇÃO VISUAL DA BOLSA: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Não realizada/ indisponível		
TIPO DE ANORMALIDADE: _____		
RESPONSÁVEL PELOS TESTES:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA: HORA:
Obs. 1: A hemocultura da bolsa deverá ser realizada em, no máximo, 4 horas após o início da Reação Transfusional.		
PREENCHIMENTO PELO MÉDICO HEMATOLOGISTA DO HEMEPAR		
CONCLUSÃO		
PROVÁVEL GRAU DE CORRELAÇÃO COM A TRANSFUSÃO: <input type="checkbox"/> CONFIRMADA <input type="checkbox"/> DESCARTADA <input type="checkbox"/> INCONCLUSIVA		
TIPO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL		
Imediata (até 24 horas)	Tardia (após 24 horas)	
<input type="checkbox"/> Reação hemolítica aguda <input type="checkbox"/> Reação febril não hemolítica <input type="checkbox"/> Reação alérgica leve <input type="checkbox"/> Reação alérgica moderada <input type="checkbox"/> Reação alérgica grave <input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica <input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana <input type="checkbox"/> Edema pulmonar não cardiogênico / TRALI <input type="checkbox"/> Reação hipotensiva <input type="checkbox"/> Hemólise não imune <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Reação hemolítica tardia <input type="checkbox"/> Doença do enxerto contra o hospedeiro / GVHD <input type="checkbox"/> Aparecimento de anticorpos irregulares / isoimunização <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____	
CONDUTA(S) A SER(EM) ADOTADA(S) NAS PRÓXIMAS TRANSFUÇÕES:		

HEMATOLOGISTA RESPONSÁVEL:	ASSINATURA/CARIMBO:	DATA:

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 44 de 55



ANEXO IV – Requisição de Transfusão – RT

ANEXO IV											
		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ									
REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO							RT Rev. 00 Página 1 de 2				
Paciente: _____					Município: _____						
Nome da mãe: _____					Nº de Prontuário: _____						
Sexo: M () F ()		Data de Nascimento: / /			Peso: Kg						
Hospital: _____					Telefone do Hospital: () _____						
Enfermaria: _____		Leito: _____		Categoria: SUS ()		Convênio ()		Particular ()			
SOLICITAÇÃO HOSPITAL											
HEMOCOMPONENTES		QUANTIDADE (mL ou unidades)		PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – Marcar com "X"							
CONC. HEMÁCIAS					CH	CP	Plaquetaférese				
PLASMA FRESCO				IRRADIADO							
CONC. PLAQUETAS				LAVADO							
CRIOPRECIPITADO				FILTRADO							
PLAQUETAFÉRESE				FENOTIPADO							
HOSPITAL INFORMAÇÕES					HEMEPAR - RECEPTOR						
Diagnóstico: _____					Grupo ABO: _____						
Indicação: _____					Rh (D): _____						
Antecedente Gestacional: _____					PAI: _____						
ABO/ Rh (D): _____		VG: % _____		ou Hb: g/dl _____		Autocontrole: _____					
Plaquetas: /mm ³ _____		RNI: _____		TTPa: /seg _____		Identificação de anticorpos: _____					
<input type="checkbox"/> Não urgente em até 24 horas <input type="checkbox"/> Urgente: em até 3 horas <input type="checkbox"/> De extrema urgência					Coombs direto: _____						
O paciente já recebeu transfusão anterior? Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim Quando? ____/____/____					Grupo ABO / Rh (D) MÃE: _____						
_____ Assinatura do médico / Carimbo CRM					_____ Técnico Responsável						
Data: ____/____/____					Hora: _____						
Data: ____/____/____					Data: ____/____/____						
Nº de Doação	Nº do SUS	Hemo componentes	ABO	Rh(D)	PAI	Prova Cruzada			Teste Hemólise	Volume	Validade
						TA	Coombs	Res			
RECEBIMENTO											
RESPONSÁVEL: _____						HORÁRIO: _____					
ASSINATURA: _____						DATA: ____/____/____					
TRANSFUÇÃO											
RESPONSÁVEL: _____						HORÁRIO: _____					
ASSINATURA: _____						DATA: ____/____/____					
REAÇÃO TRANFUSIONAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
Caso ocorram sinais/sintomas de Reação Transfusional, proceder de acordo com as instruções do manual de transfusão do HEMEPAR											
OBSERVAÇÕES: _____											
1ª VIA – serviço de hemoterapia						2ª VIA – prontuário do paciente					

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 45 de 55

ANEXO V – Solicitação de Estoque Pelas Unidades Para o Hemocentro Coordenador – DIS 026

ANEXO V

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
SOLICITAÇÃO DE ESTOQUE PELAS UNIDADES PARA O HEMOCENTRO COORDENADOR		DIS 026 Rev. 01 Página 1 de 1

UNIDADE SOLICITANTE: _____

Local e data da solicitação: _____, ____/____/____

HEMOCOMPONENTE	CH ¹	TIPO	QUANTIDADE SOLICITADA	OBSERVAÇÃO
			O POS	
		A POS		
		B POS		
		AB POS		
		O NEG		
		A NEG		
		B NEG		
		AB NEG		
		CH Ped Filtrado e/ou CH Ped Filt, Irradiado		
	PF	O		
		A		
		B		
		AB		
	CP* randomico			
	CP* (por volume)			
	CP [§] AFERESE			
	CRIO			

Solicitado por: _____



(Assinatura e carimbo do médico solicitante)

Obs.: a solicitação de hemocomponentes para estoque deverá ser realizada mediante solicitação por escrito do médico do serviço de hemoterapia ao qual se destina, com aposição de sua assinatura, nome legível e CRM do solicitante;



*Se for filtrado e/ou irradiado, anotar no campo "OBSERVAÇÃO"



[§] Se for irradiado, anotar no campo "OBSERVAÇÃO"

PO DIS 030

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 46 de 55



ANEXO VI – Protocolo de Validação - PV



ANEXO VI		
 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
PROTOCOLO DE VALIDAÇÃO		PV ___/___/___ Rev. 02 Pág. ___/___
Divisão: _____		
Nome do Protocolo: _____		
Equipamentos e materiais utilizados: _____ _____		
Procedimentos: _____ _____		
Amostragem: _____ _____		
Critérios de aceitação: _____ _____		
Conclusão: _____ _____		
Data: ___/___/___		Data: ___/___/___
_____ Elaboração (carimbo e assinatura)		_____ Aprovação (carimbo e assinatura)

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 47 de 55



ANEXO VII – Ciência e Autorização do Médico Solicitante para Transfusão em Recém Nato – RN sem amostra da mãe (no verso da RT)

ANEXO IX – Termo de Responsabilidade Médica para Transfusão de Extrema Urgência (no verso da RT)

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO		RT Rev. 00 Página 2 de 2
<p>ANEXO VII</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center">CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE PARA TRANSFUSÃO EM RECÉM NATO - RN SEM AMOSTRA DA MÃE</p> <p>Eu, Dr.(a) _____,</p> <p>CRM: _____, declaro estar ciente pelas intercorrências que possam ocorrer durante a transfusão do concentrado de hemácias nº doação _____ para o(a) paciente: _____ internado (a) no Hospital: _____, uma vez que os testes pré-transfusionais foram realizados somente com a amostra do recém nato e não com a amostra da mãe, conforme preconizam as Normas Técnicas do Ministério da Saúde.</p> <p align="center">Curitiba, _____ de _____ de _____.</p> </div>		
<p>ANEXO IX</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p align="center">TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA PARA TRANSFUSÕES DE EXTREMA URGÊNCIA</p> <p>Afirmo que o paciente _____ conforme descrito na primeira página desta Requisição de Transfusão, necessita de transfusão sanguínea de extrema urgência em virtude da possibilidade de risco de vida pelo retardo na administração do sangue e/ou componentes solicitados.</p> <p>Concordo e autorizo a realização da transfusão sem provas de compatibilidade prévia.</p> <p>Nome legível do Médico Responsável (ou carimbo): _____</p> <p>CRM: _____ Assinatura: _____</p> </div>		



 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 48 de 55

ANEXO VIII – Controle de Temperatura no Transporte – CTT



ANEXO VIII						
 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ			 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde		
CONTROLE DE TEMPERATURA NO TRANSPORTE				CTT Rev. 02 Página 1 de 1		
ENVIO						
Data / /	Horário do acondicionamento :			
De:	Para:					
Temperatura (deixar estabilizar o sistema por 5 minutos)		°C				
Material transportado:						
<input type="checkbox"/> ST (Sangue Total) <input type="checkbox"/> CH (Concentrado de Hemácias) <input type="checkbox"/> PFC (Plasma Fresco Congelado) <input type="checkbox"/> CRIO (Crio precipitado) <input type="checkbox"/> CP (Concentrado de Plaquetas) <input type="checkbox"/> CPA (Concentrado de Plaquetas por Aférese)						
Número de bolsas transportadas						
Responsável pelo acondicionamento						
RECEBIMENTO						
Data / /	Horário da abertura da caixa :			
Temperatura Atual / Final		°C				
Temperatura Máxima		°C				
Temperatura Mínima		°C				
Nome do responsável pela abertura da caixa						
Condições do transporte do sangue		<input type="checkbox"/> Satisfatórias <input type="checkbox"/> Insatisfatórias				
Medidas adotadas em condições insatisfatórias de transporte:						
ESPECIFICAÇÕES E ACONDICIONAMENTO DO SANGUE PARA TRANSPORTE						
Material	Temperatura	Substância Resfriadora		Tempo Máximo		
Sangue Total ^(a)	20 a 24° C	Placas de butanodiol		6 bolsas por caixa Compoocool WB	18 horas	
		Gelox	Bolsas por Caixa 25 L	Quantidade gelox 500 g		18 horas
				Inferior	Superior	
			1 a 10	0	2	
11 a 15	1		2			
16 a 20	2	2				
21 a 25	2	3				
Sangue Total ^(b)	1 a 10° C	Gelox	1 Gelox de 500 g para 2 bolsas		6 horas	
Concentrado de Hemácias ^(c)	1ª a 10° C	Gelox	Nº bolsas	Tipo de Caixa	Quantidade de gelox de 500 g	24 horas
			1 a 3	9 L	1 2	
			4 a 5	9 L	1 3	
			6 a 12	24 L	2 ^(e) 4	
13 a 21	24 L	2 ^(e) 5 ^(e)				
Concentrado de Plaquetas ^(c) Conc. Plaquetas por Aférese ^(c)	20 a 24° C	Nenhuma	1 a 24 bolsas CP na caixa de 9 L 1 a 6 bolsas CPA na caixa de 9 L		24 horas	
		Gelox	200 g no fundo da caixa se a temperatura ambiente for >25°C			
Plasma Fresco Congelado ^(d)	Inferior a - 5° C	Gelo seco (preferencialmente)	10 kg para 10 a 35 bolsas		24 horas	
		Gelox	Bolsas ^(f)	Quantidade de gelox 500 g ^(f)		
			1 a 20	Inferior Superior	4 horas	
			1 a 20	2 ^(e) 4 ^(e) + 1		
Crio precipitado ^(g)	Inferior a - 20° C	Gelo seco (obrigatoriamente)	10 Kg de para 20 a 80 bolsas		24 horas	

a. Produção de Concentrado de Plaquetas, Concentrado de Hemácias e Plasma Fresco Congelado.
 b. Produção de Concentrado de Hemácias e Plasma Comum Congelado.
 c. Camada isolante, evitando o contato direto das bolsas com o Gelox.
 d. Não isolar as bolsas da substância resfriadora.
 e. Gelox de 500 g maiores (15 x 22 cm).
 f. Mantidos por 2 h em freezer -80°C.

SIPOC VIII

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 49 de 55

ANEXO X – Ciência de Auto Transfusão – Sorologia Reagente

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDENCIA DE GESTAO DE SISTEMAS DE SAUDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANA	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small>
CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA <u>AUTO-TRANSEUSÃO COM</u> <u>SOROLOGIA REAGENTE</u>		DIS 010 Rev. 00 Pág.01/01

Ao Dr. _____ Hospital: _____

Informamos que o paciente: _____

Nº prontuário _____, foi submetido à auto-doação no HemePar para cirurgia. Dentre os exames sorológicos realizados, apresentou sorologia reagente para _____, não contra-indicando a utilização do hemocomponente para uso exclusivo ao paciente.



Curitiba, _____ de _____ de _____.

Atenciosamente,



Dra. Edna Kakitani Carboni
Divisão de Hematologia e Hemoterapia
HemePar

Ciente:

Dr(a)-----
Hospital

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 50 de 55

ANEXO XI – Termo de Responsabilidade do Médico Solicitante para Transfusão Domiciliar

 HEMPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ <small>GOVERNO DO ESTADO</small> <small>Secretaria da Saúde</small>
TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE PARA TRANSFUÇÃO DOMICILIAR		DIS 002 Rev. 00 Pág. 01/01

I

Eu, DR. (a): _____
CRM: _____ responsabilizo-me pela retirada, transporte e
instalação domiciliar do(s) hemocomponente(s):

Hemocomponente	N.º doação	N.º SUS



RT n.º _____ a ser (em) instalado(s) no(a)
paciente _____

Responsabilizo-me também, pelas demais intercorrências que possam
haver durante e após o procedimento transfusional.

Estou ciente que para transfusão em domicílio é necessário a presença
contínua do médico responsável, de materiais e medicamentos
disponíveis para atendimento de situação de emergência decorrentes
do ato transfusional, conforme Normas do Ministério da Saúde.

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura / Carimbo do Médico solicitante

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 51 de 55

ANEXO XII – Relação de Unidades da Hemorrede

RS	Unidade	Endereço	Telefone	email
01	Unidade de Coleta e Transfusão de Paranaguá	Avenida Gabriel de Lara 481 - Paranaguá Cep: 83203-250	(41) 3422-4931 Fax: 3423-1309	hemopgua@sesa.pr.gov.br
02	Hemocentro Coordenador	Travessa João Prosdócimo 145 Alto da XV Curitiba Cep: 80045-145	(41) 3281-4000 Fax: (41) 3264-7029	hemepar@sesa.pr.gov.br
03	Hemonúcleo de Ponta Grossa	Rua General Osório esquina c. Coronel Dulcídio – Ponta Grossa Cep: 84010-080	(42) 3223-1616 3223-1737	chirichela@uol.com.br hemonpgo@sesa.pr.gov.br
04	Unidade de Coleta e Transfusão de Irati	Rua Coronel Gracia 761 – Centro - Irati Cep: 84500-000	(42) 3422-3119 3423-2400	usg04rs@sesa.pr.gov.br emilinhazarpellon@sesa.pr.gov.br ezarpellon@yahoo.com.br
05	Hemocentro Regional de Guarapuava	Rua Afonso Botelho 134 – Trianon - Guarapuava Cep: 85015-000	(42) 3622-2819 3622-3790 Fax: 3622-2617	hemo guarapuava@sesa.pr.gov.br marialicemello@hotmail.com
06	Unidade de Coleta e Transfusão de União da Vitória	Rua Castro Alves 26 – Centro – União da Vitória Cep: 84600-000	(42) 3522-1365 3522-1793 Cisvali (42) 3523-7930	hemepar06rs@sesa.pr.gov.br
07	Hemonúcleo de Pato Branco	Rua Paraná 1633 Sambugaro – Pato Branco Cep: 85501-090	(46) 3225-1014	uctpb@sesa.pr.gov.br
08	Hemonúcleo de Francisco Beltrão	Rua Marília 1327 Entre Rios – Francisco Beltrão Cep: 85604-400	(46) 3524-2434	hfrbadm@sesa.pr.gov.br
09	Hemonúcleo de Foz do Iguaçu	Avenida Gramado 364 Vila A de Itaipu – Foz do Iguaçu Cep: 85860-460	(45) 3576-8020 3576-8000	hemofoz@sesa.pr.gov.br hemonucleofi@hotmail.com
10	Hemocentro Regional de Cascavel	Rua Avaetés 370 Santo Onofre - Cascavel Cep: 85806-380	(45) 3226-4549 3226-0808	hemocascavel@sesa.pr.gov.br
11	Hemonúcleo de Campo Mourão	Rua Mamborê 1500 – Campo Mourão Cep: 87302-140	(44) 3525-1102 3523-1844 Fax: 3525-1712	hemocampo@sesa.pr.gov.br dirhemocampo@sesa.pr.gov.br



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ





MANUAL

CLIENTE

MA CLIENTE
Rev. 00
Página 52 de 55

12	Hemonúcleo de Umuarama	Avenida Manaus 4444 Centro Cívico - Umuarama Cep: 87501-130	(44) 3621-8301 3621-8302 Fax: 3621-8323	hemonucleo.12rs@sesa.pr.gov.br claudiofrancisconi@yahoo.com.br
13	Unidade de Coleta e Transfusão de Cianorte	Av. Santa Catarina 423 zona 1 Ao lado do Correio - Cianorte CEP: 87200-157	(44) 3619-1921	uctcianorte@sesa.pr.gov.br
14	Hemonúcleo de Paranavaí	Rua Rio Grande do Sul 2390 - Paranavaí Cep: 87703-320	(44) 3421-5160 3421-5100 Chefia: 3421- 5163	hemoparanavai@sesa.pr.gov.br
15	Hemocentro Regional de Maringá	Avenida Mandacarú 1600 - Maringá Cep: 87080-000	(44) 3011-9400 3011-9100 Fax: 3011-9154	hemomaringa@sesa.pr.gov.br sec-dhe@uem.br dhe-chefiatecnica@uem.br
16	Hemonúcleo de Apucarana	Rua Antônio Ostrenski 3 - Apucarana Cep 86800-200	(43) 3420-4200 Fax: 3420-4216	hemoapucarana@sesa.pr.gov.br
17	Hemocentro Regional de Londrina	Rua Claudio Donizeti Cavalliere 156 Jardim Aruba - Londrina Cep: 86038-670	(43) 3371-2218 Fax: 3371-2417	hemolon@uel.br
18	Unidade de Coleta e Transfusão de Cornélio Procópio	Rua Justino Marques Bonfim 27 - Cornélio Procópio Cep: 86300-000	(43) 3520-3500	uct18rs@sesa.pr.gov.br amaurieliane@bol.com.br
19	Unidade de Coleta e Transfusão de Jacarezinho	Rua Cel Cecílio Rocha nº425 - Jacarezinho Cep: 86400-000	(43) 3527-1777 Fax: 3525-0356	uctjac@yahoo.com.br
20	Unidade de Coleta e Transfusão de Toledo	Rua Almirante Barroso 2490 - Centro - Toledo Cep: 85900-020	(45) 3379-1993	ucttoledo@sesa.pr.gov.br
21	Unidade de Coleta e Transfusão de Telêmaco Borba	Av. Marechal Floriano Peixoto 250 Alto das Oliveiras - Telêmaco Borba Cep: 84266-010	(42) 3272-3743	uct_telemaco@sesa.pr.gov.br
22	Unidade de Coleta e Transfusão de Ivaiporã	Rua Diva Proença 500 - Ivaiporã Cep: 86870-000	(43) 3472-4343 Ramal: 238	uctivaipora@hotmail.com

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	 PARANÁ GOVERNO DO ESTADO Secretaria da Saúde
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 53 de 55



ANEXO XIII – Modelo de Registro de Liberação de Sangue

DATA	N.º ORDEM	NOME COMPLETO DO RECEPTOR	N.º PRONT	TIPAGEM		HEMOCOMP	N.º DOAÇÃO	N.º SUS	VOL.
				ABO	Rh				

ANEXO XIV – Modelo para Registro em Prontuário

HEMOCOMPONENTE:				
DATA:				
ETIQUETA SUS:				
	HORA	PA	P	T
INÍCIO				
FINAL				
RESPONSÁVEL PELA INSTALAÇÃO				

ANEXO XV – Cartão de Identificação do Receptor – Frente e Verso



CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná

RECEPTOR	DOADOR
NOME: _____ HOSPITAL: _____ TIPO SANGUÍNEO: ABO _____ Rh _____ HEMOCOMPONENTE: _____ Nº DO SUS: _____ TIPO SANGUÍNEO: ABO _____ Rh _____ TÉCNICO RESPONSÁVEL: _____ REGISTRO: _____ P, CRUZADA: _____ PESO, DE ANTE-IRREGULARES: _____ VOLUME: _____ DATA: _____	ESTE PRODUTO SÓ PODERÁ SER UTILIZADO PARA O RECEPTOR ACIMA IDENTIFICADO

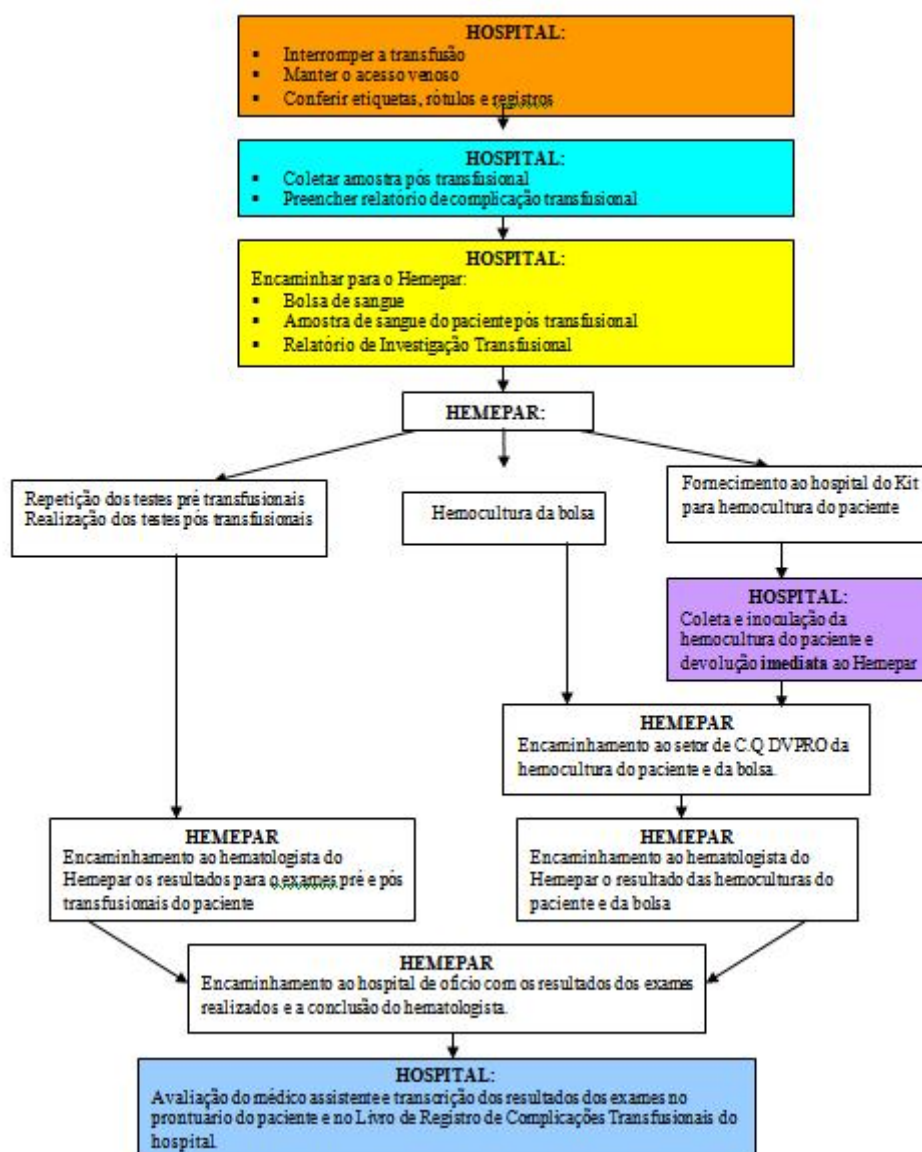
ANTES DE TRANSFUNDIR:



- IDENTIFICAR ADEQUADAMENTE O RECEPTOR;
- TRANSFUNDIR SOMENTE MEDIANTE PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- CONFERIR OS RESULTADOS DOS EXAMES QUE APARECEM NO RÓTULO DA BOLSA
- UTILIZAR EQUIPO DE INFUSÃO ESPECÍFICO PARA TRANSFUSÃO;
- NÃO ADICIONAR E NEM INFUNDIR CONJUNTAMENTE MEDICAMENTOS OU SOLUÇÕES NÃO ISOTÔNICAS;
- VERIFICAR E INFORMAR AO HEMEPAR SOBRE QUALQUER EFEITO ADVERSO IMEDIATO.

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE	MA CLIENTE Rev. 00 Página 54 de 55	

17 – FLUXOGRAMA

REAÇÃO TRANSFUSIONAL



	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ	
	MANUAL	
CLIENTE		MA CLIENTE Rev. 00 Página 55 de 55

18. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Página	Natureza da mudança
00	Jun/17	1 a 55	Criação do documento

Elaborado por	Verificado por	Aprovado por	Aprovado por
Elvira Rosa Folda	Paulo R. Hatschbach	Elvira Folda	Edna K. Carbone
Da ta: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____	Data: __/__/____