MANUAL

PARA UNIDADES

CONTRATANTES

REDE HEMOSUL

HEMOCENTRO COORDENADOR DE MATO GROSSO DO SUL

2022

ÍNDICE

TÍTULO	PAG.
Introdução	3
I - Instalações Físicas e Equipamentos	7
II - Contrato e Documentos Necessários	10
III - Licença de Funcionamento e Responsabilidades do Responsável Técnico	14
IV - Treinamento Inicial e Periódico	14
V - Solicitações de Exames	15
VI - Solicitações de Hemocomponentes para Estoque	30
VII - Armazenamento de Hemocomponentes	32
VIII - Transporte de Amostras e Hemocomponentes	32
VIII. 1- Transporte de hemocomponentes	34
VIII.2 - Transporte de amostras de sangue	42
VIII.3 - Cuidados com as caixas térmicas	44
IX - Administração de Transfusão	44
IX.1 - Coleta de amostras pré-transfusionais:	44
IX.2 - Etiquetagem	45
IX.3 - Encaminhamento	45
IX.4 - Cuidados Pré-transfusionais	45
IX.4.1 - Ato Transfusional	47
X - Evento Adverso – Reconhecimento	49
X.1- Conduta Clínica	49
XI - Retorno das Informações – Bolsas Transfundidas ou Descartadas	53
XII - Sistema de rotulagem	54
XIII - Retrovigilância	58
XIII.1 - Soroconversão em doadores de sangue	58
XIII.2 - Conversão de exames para doenças infecciosas em receptores de transfusão	59
XIV – Aférese Terapêutica	60
XIV.1 –Classificação das Indicações de Aférese Terapêutica	60
XV - Reclamações e Sugestões de Clientes	68
XVI - Horário de Atendimento	68
Leitura Recomendada	70

Introdução

O presente Manual tem como finalidade orientar os profissionais que atuam em hospitais ou clínicas contratantes aqui denominadas "Unidades Contratantes", oferecendo uma importante ferramenta de gestão e operação, uma vez que preconiza toda a sistemática operacional e de funcionamento das Unidades hospitalares com os Serviços de Hemoterapia de sua área de abrangência, doravante designados Rede Hemosul. Juntamente a este manual, a Rede Hemosul/MS disponibiliza o Manual de Orientação Hemoterápica (MOH)[*02].

Outro objetivo desse manual é implementar ações estratégicas destinadas a fortalecer o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS, mediante o reconhecimento físico e tecnológico das Agências Transfusionais (AT), especialmente as públicas e filantrópicas e também as privadas contratualizadas, garantindo o acesso da população a serviços de hemoterapia prezando pela qualidade dos hemocomponentes coletados e produzidos nos serviços com eficiência e eficácia.

Histórico

O **Centro de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul – HEMOSUL** foi criado em 25 de maio de 1988, através da Lei nº 824 e é ligado diretamente a Secretaria Estadual de Saúde-SES. Em 8 de dezembro de 1988 foi inaugurado oficialmente o Hemocentro Coordenador. O Decreto Estadual nº 5.119, de 06 de junho de 1989, cria o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia composto pelo Hemocentro Coordenador – Centro de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul - HEMOSUL, as unidades auxiliares, hemocentros regionais, localizados nos municípios, com o objetivo de promover a interiorização das ações relativas à coleta, produção e ao uso do sangue para fins terapêuticos. Ao longo desses anos, a Rede Hemosul passou por uma contínua renovação do seu parque tecnológico, para melhor atender aos doadores de sangue bem como aos pacientes que necessitam dos hemocomponentes produzidos. No ano de 2001, foi implantado no Hemocentro Coordenador, o sistema informatizado para o ciclo do sangue, que trouxe melhorias ao cadastro de doadores e permitiu uma melhor rastreabilidade nos documentos, além de aumentar a segurança nos resultados de exames e, consequentemente, na liberação dos hemocomponentes. No ano de 2010 iniciou-se a centralização dos laboratórios de imunohematologia, para uma melhor performance nos

ensaios, melhoria da qualidade e redução de custos. Em 2011 foram centralizados os laboratórios de sorologia e implantada a metodologia de quimioluminescência. Em 2012, foi implantado o laboratório de Biologia Molecular para realização de Teste de Ácidos Nucléicos (NAT), para HIV e hepatite C e, em 2015, NAT para a hepatite B. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados (CGSH), designou 14 estados para realizar os testes NAT que são denominados Sítios Testadores (SIT NAT). Os SIT NAT realizam os testes NAT para o seu próprio estado e para outros estados que não possuem laboratórios para Biologia Molecular. O Hemosul-Coordenador (HC) realiza testes para o Mato Grosso do Sul e para o estado do Mato Grosso. Em 2013, iniciou-se a implantação da automação na produção de hemocomponentes, a qual foi estendida para toda a Rede Hemosul. O fracionamento de hemocomponentes do Núcleo de Hemoterapia do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul foi centralizado no HC. Atualmente, a Rede Hemosul - MS possui uma infraestrutura composta por um Hemocentro Coordenador (HC), um Hemocentro Regional (HR) e oito Núcleos de Hemoterapia (NH).

Neste sentido, o Hemocentro Coordenador-Hemosul, além de cumprir com o seu papel social, inova, pois ao mesmo tempo em que propicia a melhoria das relações e gestão, quantifica e qualifica os resultados dos recursos utilizados no Programa do Sangue, o que representa uma garantia de que os recursos públicos estão sendo utilizados corretamente e atingirão os seus objetivos.

Agência Transfusional é uma unidade de localização geralmente intra-hospitalar que armazena, realiza testes de compatibilidade entre o sangue do doador e do receptor e transfunde os hemocomponentes liberados. Seu suprimento de hemocomponentes é feito, mediante contrato, por um serviço de maior complexidade. É responsável por manter 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.

Pode ser classificada como Agência Transfusional (AT) quando possui área física específica, equipamentos, pessoal qualificado e estoque de hemocomponentes.

Outra classificação seria a de Assistência Hemoterápica (AH), onde o serviço não possui estoque de hemocomponentes e as provas pré-transfusionais são realizadas nas agências Transfusionais da Rede Hemosul ou a instituição terceiriza os serviços pré-transfusionais, nestes casos o serviço coleta as amostras do paciente e encaminha para o serviço que realizará os testes pré-transfusionais.

Em ambos casos (AT e AH) os hemocomponentes devem ficar armazenados adequadamente conforme legislação em vigência até o término das provas pré-transfusionais

A legislação vigente preconiza que as instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60 transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional. As instituições de assistência à saúde fora desses critérios e aquelas que fazem procedimentos obstétricos, cujo tempo para viabilização do procedimento transfusional possa comprometer a assistência do paciente deverão buscar alternativas para minimizar esse risco e garantir o suporte hemoterápico necessário.

Missão

Nosso compromisso é construir dia a dia um relacionamento de excelência com os clientes, manter a qualificação profissional, segurança e qualidade nos processos, a fim de disponibilizar assistência hematológica e hemoterápica às redes pública e privada de Mato Grosso do Sul.

Visão

Ser reconhecido como centro de excelência em Hemoterapia e tornar-se referência em coagulopatias e hemoglobinopatias no Estado de Mato Grosso do Sul.

Política da Qualidade

- Promover continuamente o aperfeiçoamento dos processos e produtos
- Atender as necessidades dos nossos clientes com excelência

- Oferecer e manter educação permanente aos profissionais da saúde que estejam envolvidos no processo do sangue
- Buscar atualização tecnológica para os serviços da Rede Hemosul-MS
- Certificar-se de que todos os processos implantados na Rede Hemosul MS estejam pautados em uma gestão ambiental consciente.

Valores

- Ética
- Respeito
- Humanização
- Legitimidade
- Comprometimento
- Responsabilidade Social

Competências

As competências básicas do Hemosul estão relacionadas ao atendimento hemoterápico e hematológico da população e podem ser divididas em:

- Atendimento aos doadores voluntários de sangue através de pontos fixos de atendimento (hemocentros coordenador e unidades regionais) e unidades móveis de coleta;

- Coleta, processamento do sangue e distribuição de hemocomponentes para hospitais/serviços de saúde públicos e privados com e sem leitos do Sistema Único de Saúde – SUS contratados;

- Realização de procedimentos especializados em hemoterapia (coleta automatizada de hemocomponentes, procedimentos de aférese terapêutica).

- Atendimento a pacientes com doenças hematológicas, doença falciforme e outras hemoglobinopatias e pacientes com coagulopatia hereditária em todo o estado.

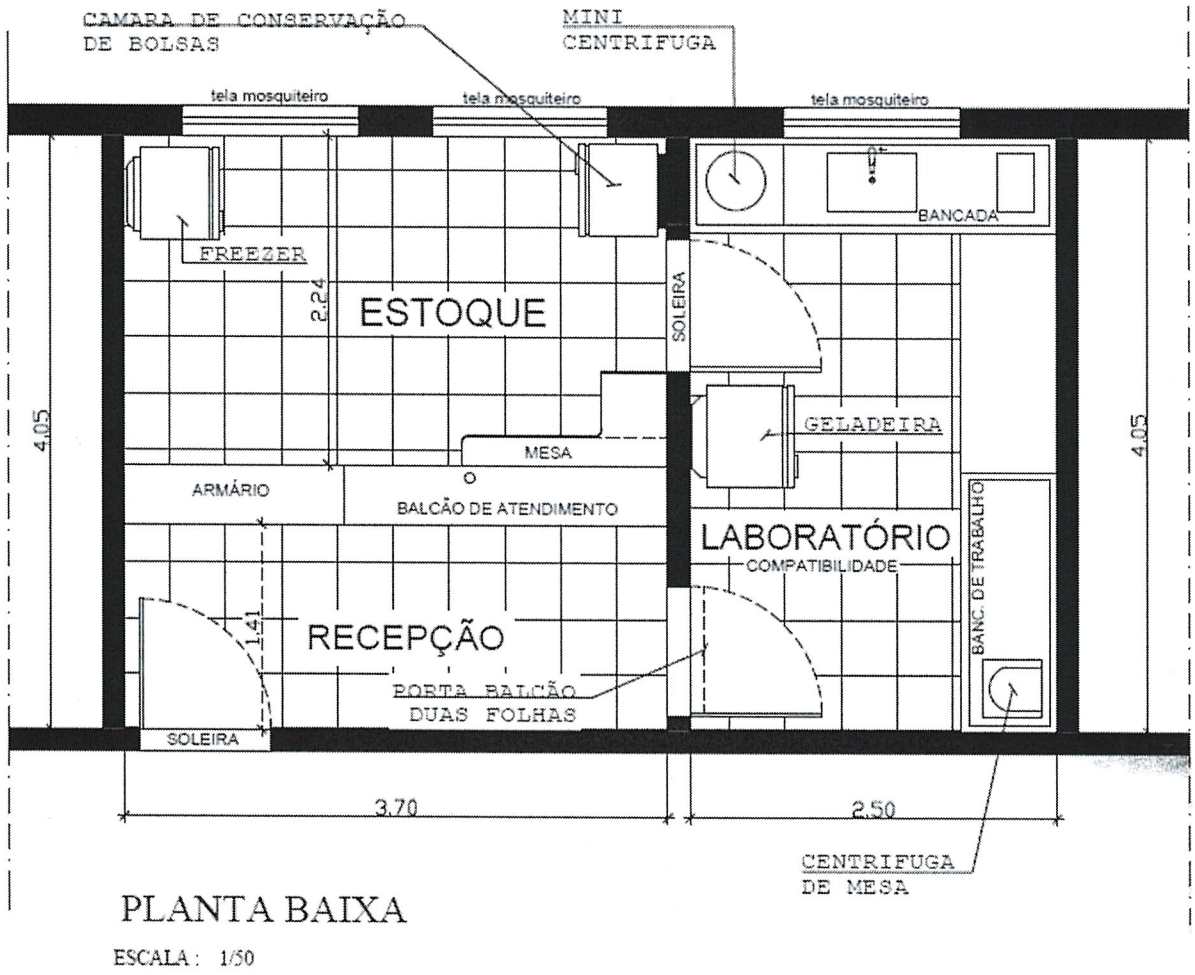
- Cadastramento de doadores voluntários de medula óssea no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea – REDOME.

I. Instalações Físicas e Equipamentos

As instalações de uma Agência Transfusional requerem, antes de sua preparação, a aprovação da Vigilância Sanitária da localidade onde será instalada. A seguir apresentamos, como sugestão, uma unidade padrão.

(Figura).

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL



Sugestão de equipamentos necessários para uma agência transfusional

Qtde	Descrição do Equipamento
02	Banho-Maria - Aparelho com capacidade variando entre 50 a 100 amostras, com temperatura regulável que permita trabalhar entre 37°C e 56°C portando termômetro e seja confeccionado em material que possibilite limpeza e desinfecção, possuindo tampa pingadeira. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	Centrífuga de mesa para leitura de testes de Imuno-hematologia – rotor com capacidade para 12 tubos, c/ duas velocidades de centrifugação, sendo 3.400 rpm (RFG=1000xg) e 2.400 rpm (RFG=500xg), temporizador ajustável para até 3 minutos de centrifugação e de 5 em 5 segundos no primeiro minuto, c/ sistema de breque e que possibilite centrifugação infinita. Câmara de centrifugação em aço inox. Rotor removível e lavável em material acrílico. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
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 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. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	Freezer a menos trinta (-30°C) – Freezer vertical que permita acondicionamento a temperatura menor ou igual a -30°C (menos 30 graus Celsius), gabinete externo com pintura esmaltada, capacidade em torno de 340 bolsas. Sistema de refrigeração: Livre de CFC1 (ou mais) compressor hermético de 1HP, isolamento térmico em poliuretano com no mínimo 80mm de espessura, degelo automático (durante os ciclos de degelo a temperatura não pode variar mais que 2°C) de condensação. Controle, Painel e Alarmes: Controle microprocessado com painel digital; Exibir temperatura atual e programada; Alarme visual e sonoro para: falha de energia, alta e baixa temperatura, porta aberta e bateria fraca; Permitir a programação de alarmes de alta e baixa temperatura; Ajuste de temperatura com chave de segurança de tripla posição que protege contra alterações não autorizadas; Tecla para simulação de alarmes; Apresentar no display termômetro gráfico para visualização de temperaturas abaixo ou acima do valor ajustado; Porta de acesso com 1" de abertura permitindo trabalhos de certificação de temperatura do equipamento; Sistema de alarme com bateria recarregável que permite o monitoramento do freezer mesmo em caso de falta de energia. O freezer deverá possuir registrador gráfico de temperatura embutido, composto de carta gráfica com duração de 7 dias e uma caneta registradora para marcação de temperatura entre -100°C até +38°C; Contato para

	alarme remoto (saída de contato aberto); Nível de ruído: ≤ 58dBA O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	Câmara de conservação de bolsas - de porta de vidro não embaçante, c/ câmara interna em aço inoxidável, suficiente p/ em torno de 250 bolsas, controle de temperatura por microprocessador digital, resolução 0,1°C com ajuste de temperatura e faixa de trabalho entre + 2°C e +6° C, 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 máxima e mínima com botão para teste dos alarmes, registrador gráfico de temperatura para pelo menos 7 dias. Bateria para acionamento dos alarmes e display de falta de energia elétrica. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
01	Geladeira 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.
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.
Obs. Nº1:	Para atender as necessidades do hospital que transfunde Plaquetas
01	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 +/- 2 °C ou possuir incubadora de plaquetas. *4 O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.
Obs. Nº2:	Para atender as necessidades do hospital que transfunde pequenos volumes (UTI Pediátrica e Berçário)
01	Aparelho de Conexão Estéril - aparelho compacto que permita conexão estéril de tubos de PVC em grau médico em sistema fechado, 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. O equipamento deve ser cadastrado ou registrado junto à ANVISA.

II. Contrato e Documentos Necessários

Os contratos para fornecimento de hemocomponentes e realização de exames poderão ser estabelecidos mediante a manifestação formal da Instituição de Saúde, seguindo o *artigo 272* da Portaria de Consolidação n. 5/2017 - Anexo IV que institui o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, acompanhada dos documentos listados abaixo:

Art. 272. O serviço de hemoterapia que distribui componentes sanguíneos para estoque formalizará por escrito com o serviço de hemoterapia receptor, um contrato, convênio ou termo de compromisso no qual constará: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273) I

- nomes e dados jurídicos das instituições envolvidas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, I) II

- responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das partes, respeitando-se todas as normas técnicas constantes deste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, II) III

- responsabilidade pelo transporte adequado do sangue e seus componentes; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, III) IV

- penalidades para o não cumprimento das obrigações; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, IV) V - vigência. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 273, V)

Os modelos dos Contratos para fornecimento de hemocomponentes e serviços especializados em hemoterapia pela Rede Hemosul, através da Resolução/SES nº 078/2013 de 04/11/2013 encontram-se publicados no Diário Oficial do Estado nº 8.550 de 06/11/2013.

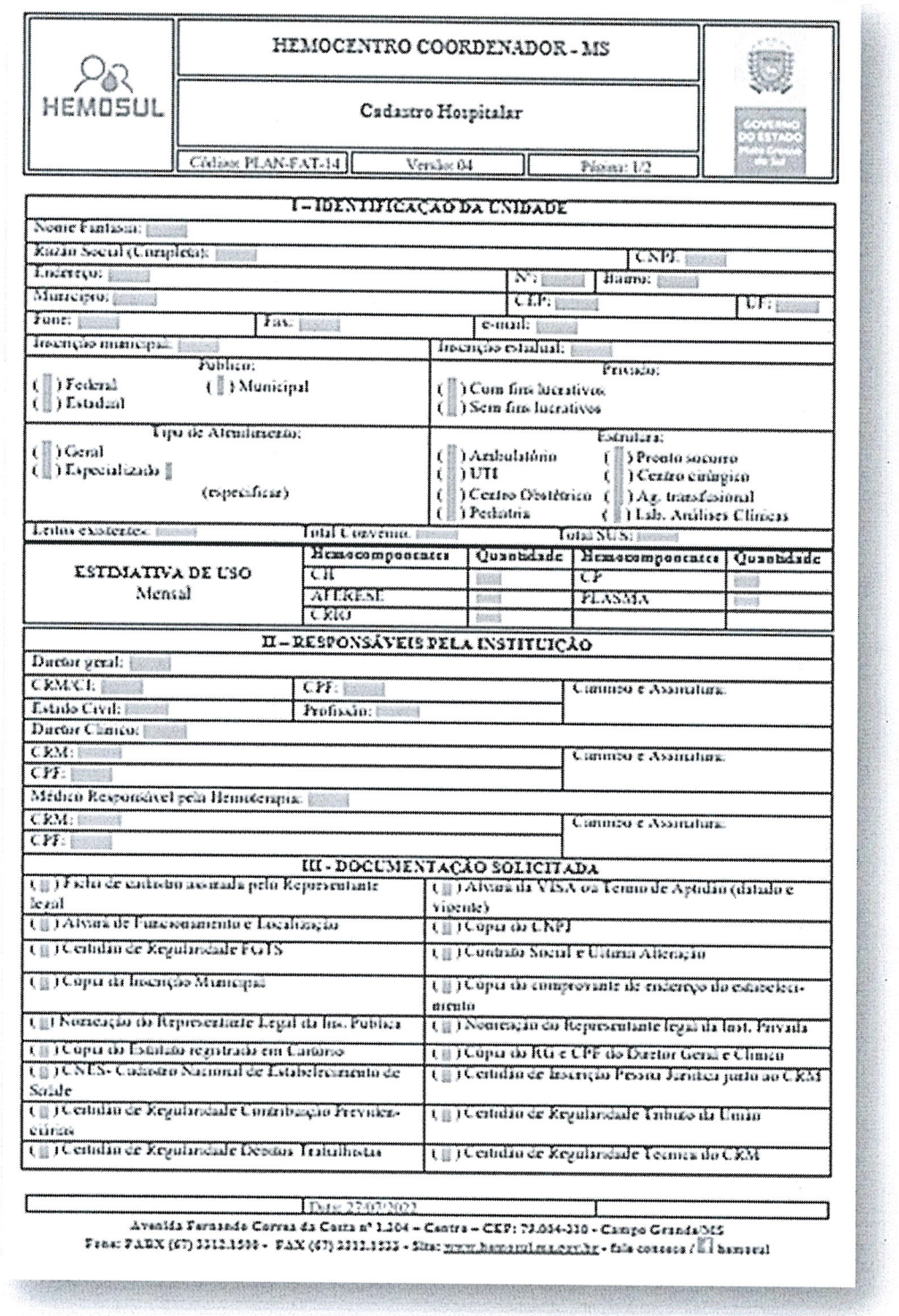
Documentos Necessários:

- Ficha de Cadastro assinada pelo representante legal (modelo pág. 12 e 13)
- Alvará da VISA ou termo de aptidão (datado e vigente)
- Alvará de localização
- Cópia do CNPJ
- Cópia da inscrição municipal
- Cópia do comprovante de endereço do estabelecimento
- Nomeação do representante legal da Inst. Publica.
- Nomeação do representante legal da Inst. Privada.
- Cópia do Estatuto registrado em cartório
- Cópia do RG e CPF do diretor Geral e Clínico

- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- Certidão de Regularidade FGTS
- Certidão de Regularidade Contribuição Previdenciárias
- Certidão de Regularidade Tributo da União
- Certidão de Regularidade Débitos Trabalhistas
- Certidão de Responsabilidade Técnica do CRM
- Certidão de Inscrição Pessoa Jurídica junto ao CRM

I. FICHA DE CADASTRO HOSPITALAR

*02



HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Cadastro Hospitalar

Código: PLAN-FAT-14 | Versão: 04 | Página: 1/2

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome Fantasia:

Razão Social (Completa): CNPJ:

Endereço: Nº: Bairro:

Município: CEP: UF:

Fone: Fax: e-mail:

Inscrição municipal: Inscrição estadual:

Publica:
( ) Federal ( ) Municipal
( ) Estadual

Privada:
( ) Com fins lucrativos
( ) Sem fins lucrativos

Tipo de Atendimento:
( ) Geral
( ) Especializado
(especificar)

Estrutura:
( ) Ambulatório ( ) Pronto socorro
( ) UTI ( ) Centro cirúrgico
( ) Centro Obstétrico ( ) Ag. transfusional
( ) Pediatria ( ) Lab. Análises Clínicas

Leitos existentes: Total Conveniado: Total SUS:

ESTIMATIVA DE USO Mensal	Hemocomponentes	Quantidade	Hemocomponentes	Quantidade
	CH		CF	
	AFERESE		PLASMA	
	CRIO			

II – RESPONSÁVEIS PELA INSTITUIÇÃO

Diretor geral:

CRM/CI: CPF: Carimbo e Assinatura.

Estado Civil: Profissão:

Diretor Clínico:

CRM: Carimbo e Assinatura.

CPF:

Médico Responsável pela Hemoterapia:

CRM: Carimbo e Assinatura.

CPF:

III - DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA

( ) Ficha de cadastro assinada pelo Representante legal	( ) Alvará da VISA ou Termo de Aptidão (datado e vigente)
( ) Alvará de Funcionamento e Localização	( ) Cópia do CNPJ
( ) Certidão de Regularidade FGTS	( ) Contrato Social e Última Alteração
( ) Cópia da Inscrição Municipal	( ) Cópia do comprovante de endereço do estabelecimento
( ) Nomeação do Representante Legal da Ins. Pública	( ) Nomeação do Representante legal da Inst. Privada
( ) Cópia do Estatuto registrado em Cartório	( ) Cópia do RG e CPF do Diretor Geral e Clínico
( ) CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	( ) Certidão de Inscrição Pessoa Jurídica junto ao CRM
( ) Certidão de Regularidade Contribuição Previdenciária	( ) Certidão de Regularidade Tributo da União
( ) Certidão de Regularidade Dívidas Trabalhistas	( ) Certidão de Regularidade Técnica do CRM

Data: 27/07/2023

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

*verso

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS	
	Cadastro Hospitalar	
	Código: PLAN-FAT-14 | Versão: 04	Página: 2/2

Responsável pelo preenchimento:

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, podendo ser averiguadas a qualquer momento pelo Hemosul, sob pena da lei.

Nome _____ Assinatura _____ Data: ____/____/____

(*) Os hospitais públicos que atendem exclusivamente pacientes SUS não precisam preencher os campos abaixo(**)

Convênios (planos e seguros de saúde) próprios e de terceiros:

Data: 22/07/2002

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

III. 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 do sangue, bem como sua renovação anual. Independentemente de seu nível de complexidade, devem estar sob responsabilidade técnica de profissional médico, especialista em hemoterapia ou hematologia, ou qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue, que responderá pelas atividades executadas pelo serviço. Além disso deve contar 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. Para a viabilização deste procedimento, deverá ser contatado o serviço de hemoterapia fornecedor de hemocomponentes (hemocentro, núcleos ou unidades).

Toda vez que ocorrer mudança do responsável técnico da unidade e/ou seu substituto, a Unidade contratante deverá comunicar oficialmente ao HEMOSUL ou a Unidade da Rede Hemosul fornecedora de sangue e hemocomponentes.

IV. Treinamento Inicial e Periódico

Cumprindo a legislação vigente e, por força de sua supervisão técnica, o Hemosul exige treinamento de todos os profissionais que exerçam atividades relacionadas à hemoterapia, inclusive o Responsável Técnico, (facultado ao hematologista e/ou hemoterapêuta), conforme programação e carga horária previamente definidos. Isto se aplica aos profissionais de Agências Transfusionais quando do seu ingresso no sistema, na substituição e nas reciclagens de pessoal. Anualmente é informada ao Hospital Contratante a disponibilidade de treinamentos e reciclagem/atualização para as diversas categorias profissionais, entretanto os Hospitais ou Clínicas Contratantes poderão solicitar ao Hemocentro, treinamentos específicos ou mais aprofundados, conforme sua necessidade e disponibilidade da Rede-Hemosul. Para solicitação de treinamento inicial ou reciclagem, o Serviço Contratante poderá obter orientações pelo

telefone 3312-1500 ou 3312-1560 no setor de Educação Permanente do Hemocentro Coordenador.

V. Solicitações de Exames

Os exames serão realizados mediante contrato específico com esta finalidade devendo as requisições preenchidos todos os campos conforme legislação vigente, inclusive o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e as amostras devidamente identificadas com nome completo (sem abreviaturas) e data da coleta, nome do flebotomista entre outros conforme modelo abaixo.

As Unidades Contratantes que enviarem exames para serem realizados no Hemocentro Coordenador-Hemosul ou em Unidades da Rede Hemosul e também os serviços que terceirizam as provas pré transfusionais que não são da Rede Hemosul, deverão seguir os critérios do quadro abaixo em relação às amostras para os testes:

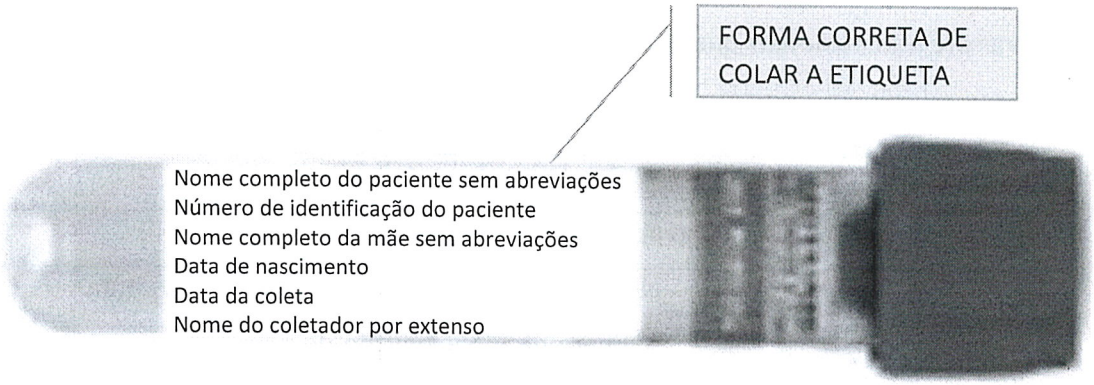
Critério	Exames Imunohematologicos
Amostra	1 Tubo com EDTA – Volume completo
Identificação da amostra*02	- Nome completo do paciente sem abreviatura - Número de identificação do paciente - Nome completo da mãe sem abreviatura - Data de nascimento - Data da coleta da amostra - Identificação do coletador da amostra
Solicitação	"Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada" e "Solicitação de Testes Imunohematológicos" (modelo pág. 19 e 20)
Entrega das amostras	Entregue diretamente no Setor de Distribuição do Hemocentro ou no Laboratório de Imunohematologia da unidade realizará o exame
Resultado	"Exames Pré-Transfusionais - PLAN-IHER-11" enviado, junto com os hemocomponentes solicitados. (Modelo pag. 22 e 23)

* Os tubos contendo as amostras deverão ser rigorosamente identificados imediatamente após a coleta da amostra, na beira do leito do paciente/doador, com etiquetas que se colem firmemente aos mesmos.

** As amostras que vierem incorretamente identificadas serão descartadas e o teste não será realizado.

A identificação, manuseio, condições de biossegurança e o transporte de amostras antes de chegar ao Hemocentro serão de total responsabilidade do Serviço Contratante e deverão seguir as regulamentações vigentes e o item "Transporte de amostras e hemocomponentes" (modelo pág.32)

Identificação obrigatória da amostra*02:



1. Exames Imunohematologicos: as Unidades Contratantes poderão solicitar ao Hemocentro Coordenador ou Unidade da Rede Hemosul a realização de testes de compatibilidade pré – transfusionais ou exames imunohematologicos complexos, através de solicitação utilizando o formulário "Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada" e "Solicitação de Testes Imunohematológicos", assinado e carimbado ao Laboratório de Imuno-hematologia do Hemocentro Coordenador/Unidade Rede Hemosul que verificará a disponibilidade de realização do exame solicitado.

1.1 Amostras: Os tubos devem ser tampados, acondicionados em estantes gradeadas que serão colocadas em caixas devidamente fechadas, laváveis e identificadas apropriadamente;

1.2 Em se tratando de realização de exames Imunohematológicos para pacientes particulares e convênios (exceto SUS), sem o preparo de bolsas para transfusão, ou com preparo

de bolsa e não destruição desta, após o processamento das amostras será enviado o laudo "Exames Pré-Transfusionais" (modelo pág. 22 e 23) onde estarão preenchidos os campos de identificação do paciente e hospital, onde estarão assinalados os testes realizados pelo Hemocentro ou por uma de suas Unidades para ciência da Unidade Associada solicitante.

1.3 para solicitação de bolsas de concentrado de hemácias compatibilizadas ou outro hemocomponente para transfusão, em se tratando de Assistência Hemoterápica, deverá ser preenchido o impresso "Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada" conforme modelo (páginas 19 e 20). Todos os campos desses impressos são de preenchimento obrigatório.

Quanto ao tempo de preparo das provas pré-transfusionais são classificadas como reservas (programadas), não urgência (rotina), urgência (urgência) e extrema urgência (emergência). Conforme legislação em vigência:

Art. 169. São as modalidades de transfusão: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170)
I - programada para determinado dia e hora; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, I)
II - de rotina a se realizar dentro das 24 (vinte e quatro) horas; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, II)
III - de urgência a se realizar dentro das 3 (três) horas; ou (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, III)
IV - de emergência quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, IV)
Parágrafo Único. As transfusões serão realizadas, preferencialmente, no período diurno. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 170, Parágrafo Único)
Art. 170. Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais poderá ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171)
I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardo no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, I)
II - existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, II)
III - termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento; e (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, III)
IV - as provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 171, IV)

As transfusões de urgência e emergência terão atendimento prioritário. Para isso comunicar a situação a AT do Hemocentro/Unidade Rede Hemosul, enviar a requisição de

preenchida no campo urgência ou extrema urgência quando do envio da Requisição de Transfusão.

- Para a realização dos Testes pré-transfusionais, as amostras do receptor (paciente) serão válidas até 72 horas após a coleta, mantidas sob refrigeração e estando isentas de hemólise mecânica;

- Preencher todos os espaços constantes do primeiro grupo de informações do formulário "Requisição de Hemocomponentes- Com Prova Cruzada";

- Na linha "Hemocomponente Solicitado" mencionar o nome do hemocomponente e, em casos especiais, citar os requisitos (filtrado, deleucotizado), conforme indicações previstas na literatura;

- Os campos: "Nome do Médico", "CRM", "Assinatura" e "Rubrica e Carimbo" - em se tratando de Agência Transfusional, deverão ser preenchidos com os dados do (a) Médico (a) Responsável Técnico pela mesma ou seu substituto. Em se tratando de "Assistência Hemoterápica", deverão ser preenchidos com os dados do(a) médico(a) solicitante, constando seu nome legível, CRM, carimbado e assinado.

- Para permitir uma análise inicial, a Unidade Conveniada poderá verificar os resultados dos testes pré-transfusionais no próprio cartão de receptor que acompanha a bolsa preparada e enviada para transfusão.

- Os resultados dos exames Imunohematológicos serão enviados, quando possível, junto com o hemocomponente solicitado ou posteriormente em um laudo "Exames Pré-Transfusionais", quando paciente particular e convênio (exceto SUS), (modelo pág. 22 e 23), para ciência da Unidade Associada solicitante.

- Em caso de paciente que será submetido a cirurgia deverão ser informados na requisição de transfusão a data e horário da mesma.

- As amostras de sangue serão avaliadas e registradas a eventual presença de hemólise, coágulos, corpos estranhos e a integridade da amostra e dos tubos coletores, temperatura de chegada (máxima, mínima e atual). Na eventual presença de alguma das condições citadas, as amostras serão descartadas.

1 – REQUISIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – COM PROVA CRUZADA

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		
	Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada		
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 10	Página: 1/2

Identificação do Paciente

Hospital/clínica:	☐ SUS ☐ Convênio:_____
NOME COMPLETO:	CNS:_____
Nome completo da mãe:	Raça/Cor:_____ Etnia:_____
Endereço completo:	
Bairro: Município/UF: CEP:	

Data nascimento	Sexo	Idade	Peso	Prontuário	Andar	Enfermaria	Leito nº
___/___/___							

Dados da Doença e Identificação Clínica da Transfusão

Plaquetas:	TAP/TTPA:	Fibrinogênio:	Outros:	Ht:	Hb:

Indicação da transfusão:

Doença de base: ☐ Urgência ☐ Não urgência ☐ Extrema urgência ☐ Reserva para ___/___/___

Medicamento em uso:

Transfusão prévia: Sim ☐ Não ☐ Data da última transfusão: ___/___/___

Antecedentes gestacionais: ☐ Sim ☐ Não

Paciente apresentou reação transfusional anterior? ☐ Sim ☐ Não
Quais:

Hemocomponente Solicitado

	QTD U/ml		QTD U/ml
Concentrado de Hemácias		Concentrado de Plaquetas	
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos		Concentrado de Plaquetas de CL	
Concentrado de Hemácias Filtradas		Concentrado de Plaquetas por Aférese	
Concentrado de Hemácias por Aférese		Plasma Pediátrico	
Concentrado de Hemácias Pediátricas		Pool de Plaquetas	
Concentrado de Hemácias Fenotipada		Crioprecipitado	
Plasma Fresco Congelado		Outros:	

Dados do Médico

Nome do médico solicitante:

Assinatura: Carimbo ou CRM: Data do pedido: ___/___/___

Coleta de Amostra

Amostra coletada por: _____ _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___
Temperatura da sala – Mínima_____ / Máxima_____ / Atual_____

Recebimento Distribuição

Amostra recebida dentro do prazo de 72 hs? ( ) Sim ( ) Não

Amostra anterior? ( ) Sim ( ) Não Tipagem HEMOVIDA:_____

Checagem DOC-DIST-08 / Amostra:
Identificação da Amostra: (Hospital / Nome Completo do Paciente / Data de Nascimento / Data da Coleta / Resp. Coleta)
( ) Conforme ( ) Não conforme
DOC-DIST-08: Preenchimento de todos os campos? ( ) Sim ( ) Não
Temperatura de chegada – Mínima_____ / Máxima_____ / Atual_____
Responsável:_____

Data: 03/05/2022

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - E-mail: diretoria@hemosul.ms.gov.br

*verso

*02

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS			GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada			
	Código: DOC-DIST-08	Versão: 10	Página: 2/2	

Recebimento de Amostras Imunohematologia	Na inspeção Visual foi constatada hemólise, coágulos ou grumos?*10 ( ) Sim _____ *10 ( ) Não Responsável: _____

Serviço de Hemoterapia Prova Cruzada	Grupo sangüíneo:	Fator Rh:		
	Data:	Hora:		
	Responsável:			
	Identificação das bolsas			
	Código da bolsa	Compatível/ Incompatível	Tipo	Responsável
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
	11.			
	12.			
	13.			
	14.			
	15.			

Condutas:

_____

	Data: 03/06/2022	

2 – SOLICITAÇÃO DE TESTES IMUNOHEMATOLÓGICOS

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Solicitação de Testes Imunohematológicos		
	Código: DOC-HHEIMR-01	Versão: 07	Página: 1/1

Remetente: _____ Destinatário: _____

Data / Hora (Acondicionamento): ____/____/____ ____:____ Temperatura de saída: _____

Responsável pelo Acondicionamento e Envio: _____

UNIDADE COLETORA: DATA: ____/____/____
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO[07]:
NOME DA MÃE:
RG DO PACIENTE:
SOLICITAÇÃO DE EXAMES: ( ) P.A.I ( ) IDENTIFICAÇÃO ANTICORPO IRREGULARES ( ) FENOTIPAGEM ( ) TAD ( ) AUTO-CONTROLE ( ) CLASSE DA IMUNOGLOBULINA ( ) TIPAGEM SANGUINEA _____ ASSINATURA/CARIMBO

_____
Recebimento Distribuição
____/____/____ ____:____
Data Hora

_____
Recebimento / Conferência
Triagem de Amostras
____/____/____ ____:____
Data Hora

_____
Recebimento / Conferência
Imunohematologia
____/____/____ ____:____
Data Hora

Data: 09/09/2020

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

3-EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	EXAMES PRÉ- TRANSFUSIONAIS		
	Código: PLAN-IHER-11	Versão: 00	Página: 1/2

Paciente: _____

Data de Nascimento.: _____/_____/_____ Hospital/Clínica _____

Grupo sanguíneo: _____ RH: _____ Médico Solicitante: _____

EXAMES			
( )	Exames Pré-Transfusionais (grupo sanguíneo ABO/RH, Pesquisa de Anticorpo Irregular e Prova de Compatibilidade).	Exames/Testes	Quantidade Realizada
		Retipagem da Bolsa:	
		GS Receptor:	
		PAI Receptor :	
		PC:	

TESTES ADICIONAIS		
( )	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares Antieritrocitários	
( )	Identificação Anticorpo Irregulares	
( )	Fenotipagem de Outros Sistemas Eritrocitários – Por Fenótipo – Gel Teste	
( )	Fenotipagem do Sistema Rh-Hr – Gel Teste	
( )	Teste Direto de Antiglobulina Humana (TAD)	
( )	Auto-Controle	
( )	Classe da Imunoglobulina (Screening)	
( )	Tipagem Sanguínea	
( )	Pesquisa de D Fraco	
( )	Eluição Ácida	
( )	Cloroquina	
( )	ZZAP	
( )	DTT	

Data: ____/____/_____ _____

Assinatura / Carimbo

Código da Bolsa	Compatível/ Incompatível	Grupo Sanguíneo	Responsável
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Data: 04/08/2020

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

*verso

Código da Bolsa	Compatível/ Incompatível	Tipo	Responsável
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Informação dos exames realizados no sangue do doador para liberação da bolsa conforme legislação vigente.

	Exame	Metodologia
IMUNOHEMATOLOGIA	Grupo Sanguíneo ABO Fator RH/D Pesquisa de Anticorpos Irregulares Pesquisa de Hemoglobina S	Gel Teste Gel teste Gel teste Eletroforese
SOROLOGIA	ANTI-HCV ANTI-HIV 1 / 2 ANTI-HTLV 1 / 2 CHAGAS SIFILIS HBsAg ANTI-HBC NAT HBV NAT HCV NAT HIV	Quimioluminescência Quimioluminescência Quimioluminescência Quimioluminescência Quimioluminescência Quimioluminescência Quimioluminescência PCR PCR PCR

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

4 – AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES - HETEROGRUPO

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Autorização para Transfusão de Hemocomponentes de Heterogrupo		
	Código: DOC-DIST-01	Versão: 03	Página: 1/1

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES DE HETEROGRUPO

Eu, Dr. _____, autorizo a transfusão do hemocomponente _____, ABO/Rh _____ no paciente _____ _____, sendo o tipo sanguíneo deste ABO/Rh_____ *03.

_____
Carimbo e Assinatura do Médico

	Data: 22/10/2019	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

5 – AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO COM PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL INCOMPATÍVEL

*02

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Autorização para transfusão com prova pré-transfusional incompatível		
	Código: DOC-DIST-02	Versão: 05	Página: 1/1

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO COM PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAL INCOMPATÍVEL

Eu, Dr /Dr.ª _____, autorizo a transfusão de sangue com provas pré-transfusionais incompatíveis para o(a)_____ e assino como médico assistente a responsabilidade deste ato pela necessidade clínica, cumprindo a normatização prevista e amparada pela legislação vigente[*05].

Assim me responsabilizo.

_____

Carimbo e Assinatura do Médico

_____/_____/_____

Data

	Data:29/10/2021	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

6 – AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO SEM PROVA DE COMPATIBILIDADE

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS			GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Autorização Para Transfusão Sem Prova de Compatibilidade			
	Código: DOC-DIST-03	Versão: 04	Página: 1/1	

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO SEM PROVA DE COMPATIBILIDADE

Eu, Dr. _____, autorizo a transfusão de sangue sem provas pré-transfusionais, no paciente _____por se classificar a indicação como extrema urgência e de acordo com a normatização do Serviço de Hemoterapia deste Hemocentro, fico ciente e responsável por qualquer decisão de suspender ou prosseguir a transfusão em caso de confirmação de incompatibilidade nos testes transfusionais.

Obs: segundo a legislação vigente, as amostras do paciente devem ser encaminhadas ao hemocentro para a realização da prova de compatibilidade*04.

Assim me responsabilizo.

_____

Carimbo e Assinatura do Médico

	Data: 21/10/2019	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

7 – NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Notificação de Reação Transfusional		
	Código: DOC-DIST-11	Versão: 04	Página: 1/2

*04

USO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL*04

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:_____ Data de Nac.____/___/____

Hospital:_____Ap./Enf./Leito_____ Registro:_____

Diagnóstico:_____

Clínica: ☐ Hematológica ☐ Cirúrgica ☐ Médica ☐ Pediátrica ☐ Obstétrica ☐ Emergência ☐ Outras

Uso de medicamentos: Antibióticos_____Quimioterápicos_____

Outros_____

IDENTIFICAÇÃO DA BOLSA*04

Tipo do Hemocomponente: ☐ Concentrado de Hemácias Filtrada ☐ Concentrado de Hemácias

☐ Concentrado de Plaquetas ☐ Concentrado de Hemácias Pobre em leucócitos ☐ Concentrado de Plaquetas Pobre em leucócitos

☐ Plaqueta Aférese ☐ Plasma ☐ Crioprecipitado

Identificação da Bolsa:_____ Data da coleta___/___/___ Validade___/___/___

Grupo Sanguíneo:_____

INCIDENTE TRANSFUSIONAL Data____/____/_____

Hora da instalação_____ :_____Hora de início da reação _____:_____Volume transfundido:_____

Manifestações clínicas: P.A._____Temperatura:_____Freq. Card._____Freq. Resp. _____

☐ Febre ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Prurido ☐ Dispnéia ☐ Urticária ☐ Calafrios ☐ Cefaléia ☐ Dor ☐ Choque

☐ Cianose ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Icterícia ☐ Hipotensão ☐ Hemoglobinúria ☐ Edema agudo de pulmão

☐ Síndrome hemorrágica difusa ☐ Outras manifestações_____

_____

Médico assistente:_____

_____

Assinatura / carimbo do Enfermeiro*04

CATEGORIA DIAGNÓSTICA

☐ **Incidente imediato** (dentro de oito horas) ☐ **Incidente retardado** (após oito horas)

Conduta médica adotada: _____

Destino da Bolsa: ☐ Devolvida ao Serviço de Hemoterapia ☐ Desprezada

Justifique:_____

Diagnóstico da reação transfusional:_____

_____

Assinatura / carimbo do Médico*04

	Data: 22/10/2019	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

*verso

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Notificação de Reação Transfusional		
	Código: DOC-DIST-11	Versão: 04	Página: 2/2

USO REDE HEMOSUL*04

DADOS PRÉ-TRANSFUSIONAIS

Do paciente:
Grupo sanguíneo: _____Rh D_____ P.A.I:_____ Prova Cruzada_____
Identificação de Anticorpos Irregulares _____

DADOS PÓS-TRANSFUSIONAIS

Do paciente:
Grupo sanguíneo: _____Rh D_____ P.A.I._____ Prova Cruzada_____
Identificação de Anticorpos Irregulares _____

_____
Assinatura / carimbo *04

Microbiológico
Resultado*05:_____

_____
Assinatura / carimbo *04

CONCLUSÃO*04

_____
Assinatura / carimbo *04

Data: 22/10/2019

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

CARACTERÍSTICAS DOS HEMOCOMPONENTES

COMPONENTE/ PROD.	CARACTERÍSTICAS	VOL. APROX.	INDICAÇÕES E DOSE
Concentrado de Hemácias (CH)	Hemácias: pequena quantidade de plasma e leucócitos Ht = 60 a 80%	250 ml	Aumento da massa eritrocitária em anemias sintomáticas. Dose: 1 unidade eleva a Hb em 1 g/dL (adulto de 70Kg)
Concentrado de Hemácias Lavadas em salina (CHL)	Hemácias, quantidade reduzida de proteína plasmática Ht = 60 a 80%	200 ml	Aumento da massa eritrocitária em anemias sintomáticas. Reduz risco de reações alérgicas a proteínas plasmáticas. Dose: 1 unidade eleva a Hb em 1 g/dl (adulto de 70Kg)
Concentrado de Hemácias Leucorreduzido (filtrado)	Hemácias; < 5×10^6 de leucócitos/unidade Ht = 60 a 80%	200 ml	Aumento da massa eritrocitária em anemias sintomáticas. Pode ser indicado após 2º episódio de RTFNH; para diminuir a possibilidade de aloimunização a antígenos leucocitários e do sistema HLA e na profilaxia da transmissão de CMV em imunossuprimidos CMV-negativos. Dose: 1 unidade eleva a Hb em 1 g/dL (adulto de 70Kg)
Concentrado de Hemácias Irradiado (CHI)	Hemácias e linfócitos T inativados; Ht = 60 a 80%	250 ml	Aumento da massa eritrocitária em anemias sintomáticas. Prevenção do Doença do Enxerto-contra-Hospedeiro pós-transfusional em imunossuprimidos (ex.: pacientes e candidatos a TMO), transfusão de hemocomponente de parente de 1º grau. Dose: 1 unidade eleva a Hb em 1 g/dL (adulto de 70Kg)
Concentrado de Plaquetas (CP) *	Plaquetas > $5,5 \times 10^{10}$ plaquetas/unidade); plasma	50 a 70 ml	Sangramento devido à trombocitopenia ou trombocitopatia e profilaxia de sangramento em situações específicas. Dose: 1 unidade para cada 7 a 10Kg de peso do receptor: em geral eleva a contagem de plaquetas para cerca de 50.000/mm^3.
Concentrado de Plaquetas obtido por Aférese *	Plaquetas > 3×10^{11} (plaquetas/unidade); plasma. Corresponce a 6 a 10 unidade de CP convencional	200 a 300 ml	Sangramento devido à trombocitopenia ou trombocitopatia e profilaxia de sangramento em situações específicas. Dose: 1 unidade corresponde a uma dose para adulto.
Plasma Fresco Congelado (PFC)	Contém todos os fatores de coagulação e outras proteínas plasmáticas.	180 a 250 ml	Deficiências adquiridas de múltiplos fatores da coagulação (ex.: CIVD) ou deficiências únicas para as quais não se disponha de fator liofilizado. Dose: 10 a 20ml/Kg/dia Obs.: contraindicado para expansão da volemia, reposição de albumina, suporte nutricional e tratamento de imunodeficiências.
Crioprecipitado	Fibrinogênio (150 a 200mg/unidade); fatores VIII e XIII; fator de Von Willebrand	30 ml	Reposição do fibrinogênio em pacientes com hipofibrinogenemia congênita ou adquirida com sangramento (fibrinogênio < 100mg/dl) ou para fins profiláticos em situações específicas. Pode ser utilizado para a confecção de cola de fibrina. Dose: 1U aumenta o fibrinogênio em 8mg/dL em um adulto

* As indicações de CP irradiados e/ou filtrados são as mesmas referidas para CH .

CONDUTA NAS PRINCIPAIS REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS		
Passos imediatos para todas as reações: 1. Interromper a transfusão; 2. Manter acesso venoso com infusão de SF 0,9%; 3. Notificar equipe médica e Banco de Sangue.		
Tipo Reação	Sinais e Sintomas	Conduta clínica
FEBRIL NÃO HEMOLÍTICA (RTFNH)	Febre (>38ºC) com aumento de pelo menos 1ºC em relação ao valor pré transfusional e/ou tremores e calafrios, na ausência de outras causas.	Passos 1 a 3 (ver acima); administrar antipiréticos (ex.: paracetamol) e meperidina se tremor intenso. Não reiniciar a transfusão do mesmo hemocomponente. Após 2º episódio de RTFNH, utilizar hemocomponente leucorreduzido.
ALÉRGICA	Prurido, urticária, rubor facial e/ou edema palpebral	Passos 1 a 3 (ver acima); administrar anti-histamínicos. Nos casos leves, reiniciar a transfusão; nos casos graves ou que não houver melhora, suspender a transfusão e avaliar a possibilidade de administrar corticosteróides. Após 3º episódio, utilizar hemocomponente lavado.
ANAFILÁTICA	Urticária, ansiedade, taquipnéia dispnéia, cianose, hipotensão, edema de laringe, broncoespasmo.	Passos 1 a 3 (ver acima); Não reiniciar a transfusão do mesmo hemocomponente, administrar epinefrina e anti-histamínicos. Corticosteróides podem ser usados para reduzir o risco de anafilaxia tardia. Vasopressores e suporte ventilatório podem ser necessários.
HEMOLÍTICA AGUDA	Ansiedade, dor torácica, dor em flancos, cefaléia, dispnéia, calafrios, febre, urina avermelhada, agitação, choque, sangramento inexplicado, hemoglobinemia	Passos 1 a 3 (ver acima); manter diurese em torno de 100ml/h com a infusão de SF 0,9% e diuréticos de alça (furosemida). Uso de aminas vasoativas se hipotensão não responsiva à hidratação. Nos casos de evolução para CIVD ou IRA (NTA), medidas específicas devem ser tomadas. Não reiniciar a transfusão do mesmo hemocomponente. Caso necessário, um novo hemocomponente pode ser instalado

1) Outras reações imediatas como: SOBRECARGA VOLÊMICA, CONTAMINAÇÃO BACTERIANA, TRALI (lesão pulmonar relacionada à transfusão) e HEMÓLISE NÃO IMUNOLÓGICA podem ocorrer e medidas específicas devem ser tomadas conforme o Manual de Medicina Transfusional (MMT).

2) EM CASO SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL PREENCHER "NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL" E ENVIÁ-LA IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA.

VI. Solicitações de Hemocomponentes para Estoque

A Agência Transfusional (AT) deverá fazer previamente, via telefone, contato com o setor de Distribuição de Hemocomponentes para verificar a disponibilidade de hemocomponentes para fornecimento e combinar o horário de entrega dos hemocomponentes solicitados.

As ATs deverão enviar no momento da retirada dos hemocomponentes, a "Solicitação Hemocomponentes" (modelo página 31), devidamente preenchida.

- Somente serão liberados hemocomponentes se a requisição estiver corretamente preenchida, inclusive com a assinatura e carimbo do Médico Responsável pela AT ou seu substituto.

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

- Requisição de hemocomponentes rasurada ou ilegível a solicitação não será atendida.

Observações Importantes:

- Cabe a AT calcular o estoque estratégico e gerenciar o estoque de forma adequada e racional, para que não haja desperdício de hemocomponentes, solicitando somente o necessário para atendimento de seus pacientes, incluindo as urgências/emergências, mantendo os estoques compatíveis com sua necessidade, conforme média histórica.

- O gerenciamento por parte do Hemocentro Coordenador e suas unidades é feito com base nos indicadores da qualidade % de descarte de hemocomponentes nas agencias transfusionais. Cada AT deverá gerenciar seu estoque para que a eliminação de hemocomponentes não exceda 5% dos produtos solicitados anualmente.

- É de responsabilidade da AT o controle para uso dos hemocomponentes recebidos do Hemocentro ou de suas Unidades, dentro da validade preconizada que se encontra impressa nos rótulos dos hemocomponentes.

1 – SOLICITAÇÃO HEMOCOMPONENTES – REPOSIÇÃO DE ESTOQUE

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		
	Solicitação de Hemocomponentes		
	Código: DOC-DHST-07	Versão: 07	Página: 1/1

Data: ___/___/___

Unidade Solicitante:	☐ SUS. ☐ Convênio
Responsável pela Solicitação: _____ Assinatura/Carimbo: _____	Solicitação recebida por: _____ Assinatura/Carimbo: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____
Solicitação de: S = SOLICITADO	A = ATENDIDO

	Conc. de Hemácias		Conc. de Hemácias Pobres em Leucócitos		Conc. de Hemácias Filtradas		Conc. de Hemácias por Aférese		Conc. de Hemácias Pediátricas		Conc. de Plaquetas		Conc. de Plaquetas de CL "0"		Conc. de Plaquetas por Aférese		Pool de Plaquetas		Plasma Fresco Congelado		Plasma Pediátrico		Crioprecipitado	
	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
A+																								
A-																								
O+																								
O-																								
AB+																								
AB-																								
B+																								
B-																								

Observação: _____

Distribuído por: Data/Hora/Assinatura

Data: 23/06/2008

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

VII. Armazenamento de Hemocomponentes

Os hemocomponentes devem ser armazenados na seguinte conformidade:

- Concentrado de Hemácias: 2 a 6°C (câmara de refrigeração específica para bolsas)

- Concentrado de Plaquetas: 20 a 24°C, em agitação contínua

- Plasma (PFC, PC): < - 20°C (freezer)*02

- Crioprecipitado: < - 20°C (freezer)*02

- Hemoderivados: Fator VIII, IX, Albumina e outros: 2 a 6°C (câmara de refrigeração).

É recomendável que as câmaras de conservação para CH, CP e plasma possuam registrador gráfico contínuo de temperatura. Obrigatório que seja feita a verificação e registro da temperatura a cada quatro horas. Os registros de temperatura devem ser periodicamente, revisado por pessoa qualificada.

VIII. Transporte de Amostras e Hemocomponentes

Para o transporte de amostras e hemocomponentes deverão ser atendidas as normas: Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 504, de 27 de maio de 2021 e Portaria Conjunta MS/ANVISA 370/2014, que preconiza, entre outros pontos, alguns que se seguem:

"Art. 3º ....

Parágrafo único – Para fins desta norma considera-se sangue e componentes as amostras de sangue de doadores transportadas para triagem laboratorial, bolsas de sangue transportadas para processamento, hemocomponentes transportados para estoque, procedimentos especiais, transfusão e produção industrial e amostras de sangue de receptores para teste laboratorial pré-transfusional.

Art. 5º - O transporte de sangue e componentes deverá ser realizado por serviços de hemoterapia ou serviços de saúde licenciados pela autoridade de vigilância sanitária competente.

Art. 6º - O transporte de sangue e componentes poderá ser realizado de forma terceirizada, mediante instrumento escrito que comprove a terceirização, obedecendo às especificações de cada material biológico a ser transportado com as respectivas responsabilidades definidas e documentadas no contrato, convênio ou termo de responsabilidade.

Art. 9º - O pessoal diretamente envolvido em cada etapa do processo de transporte receberá o regular treinamento específico, compatível com a função desempenhada, e sempre que ocorrer alteração nos procedimentos.

Art. 19 - Somente embalagens constituídas de materiais passíveis de limpeza, secagem e desinfecção poderão ser reutilizadas, mediante protocolos definidos e com a manutenção dos registros dos procedimentos realizados.

Art. 22 – A embalagem externa conterá, no mínimo, sem prejuízo do disposto em outras normas vigentes peculiares a sangue e componentes e cada modo de transporte:

I. Identificação do serviço de hemoterapia remetente, transportador e destinatário com seus endereços e telefones

II. Identificação do tipo de material transportado

III. Classificação de risco do material transportado

IV. Frases de advertência, quando aplicável

V. Sinalização de modo e sentido de abertura

VI. Data e hora do acondicionamento do material biológico

VII. Contatos telefônicos, em caso de acidentes.

Art. 23 - O sistema de embalagens utilizadas para o transporte de sangue e componentes será constituído de forma a garantir a manutenção da temperatura de acordo com a característica de cada material biológico transportado determinado em regulamento técnico sobre procedimentos hemoterápicos definidos pelo Ministério da Saúde e nas Boas Práticas do Ciclo do Sangue estabelecidas pela ANVISA.

Art. 24 - As etapas de acondicionamento e controle de temperatura durante o transporte de sangue e componentes serão validadas pelo serviço de hemoterapia remetente ou sob sua instrução.

Art. 34 - A temperatura de conservação de sangue e componentes será registrada durante o processo de transporte, sendo monitorada por mecanismos que possibilitem a verificação de seus valores fora do limite estabelecido. "

VIII.1. Transporte de hemocomponentes

"Art. 12 - O transporte de sangue e componentes será realizado em embalagens externas rígidas, com especificações técnicas para transporte a depender da carga transportada.

§ 1º Fica vedado, como material de embalagem externa, o poliestireno expandido (isopor), sacos plásticos e outros materiais sem rigidez, resistência e impermeabilidade apropriadas.

§ 2º Para o transporte de unidade de sangue total e hemocomponentes coletados, processados e armazenados em sistemas de bolsas de sangue não será necessária à utilização de embalagens intermediárias, salvo para o transporte por via aérea, devendo-se adotar sistema de embalagem tripla conforme definido em normas específicas da Agência Nacional de Aviação Civil.

Art. 13 - O transporte de unidades de sangue total e hemocomponentes liberados para procedimentos de transfusão será realizado em embalagem exclusiva.

Art. 15 - A embalagem externa de transporte de unidades de sangue total e hemocomponentes para procedimentos de transfusão será identificada com a descrição de que se trata de produto biológico para transfusão. "

ATs deverão enviar juntamente com a "Requisição de Hemocomponentes", caixa(s) térmica(s) (PVC) validadas, com termômetro de mínima e máxima calibrado, com gelo reciclável na proporção de hemocomponentes conforme Relatório de Validação da(s) caixa(s) térmica(s)*02. Caso não seja enviado gelo reutilizável composto de material atóxico (gelo a base de polímeros neutralizantes, água tratada e conservantes) na devida proporção dos hemocomponentes serão enviadas tantas bolsas quantas forem possíveis de serem acondicionadas com o gelo reutilizável recebido. Na falta do envio de gelo, os hemocomponentes não serão enviados.

Para o transporte de unidades de sangue total e hemocomponentes, o Art. 26 determina que o material transportado deverá estar acompanhado de documentação contendo as seguintes informações (ver modelo de Guia de transporte de hemocomponentes a seguir).

I. Nome e endereço da instituição remetente e da pessoa responsável pelo envio

II. Nome e endereço da instituição destinatária

III. Identificação do transportador

IV. Tipo(s) de hemocomponente(s) transportado(s)

V. Código de identificação da(s) unidade(s) transportada(s)

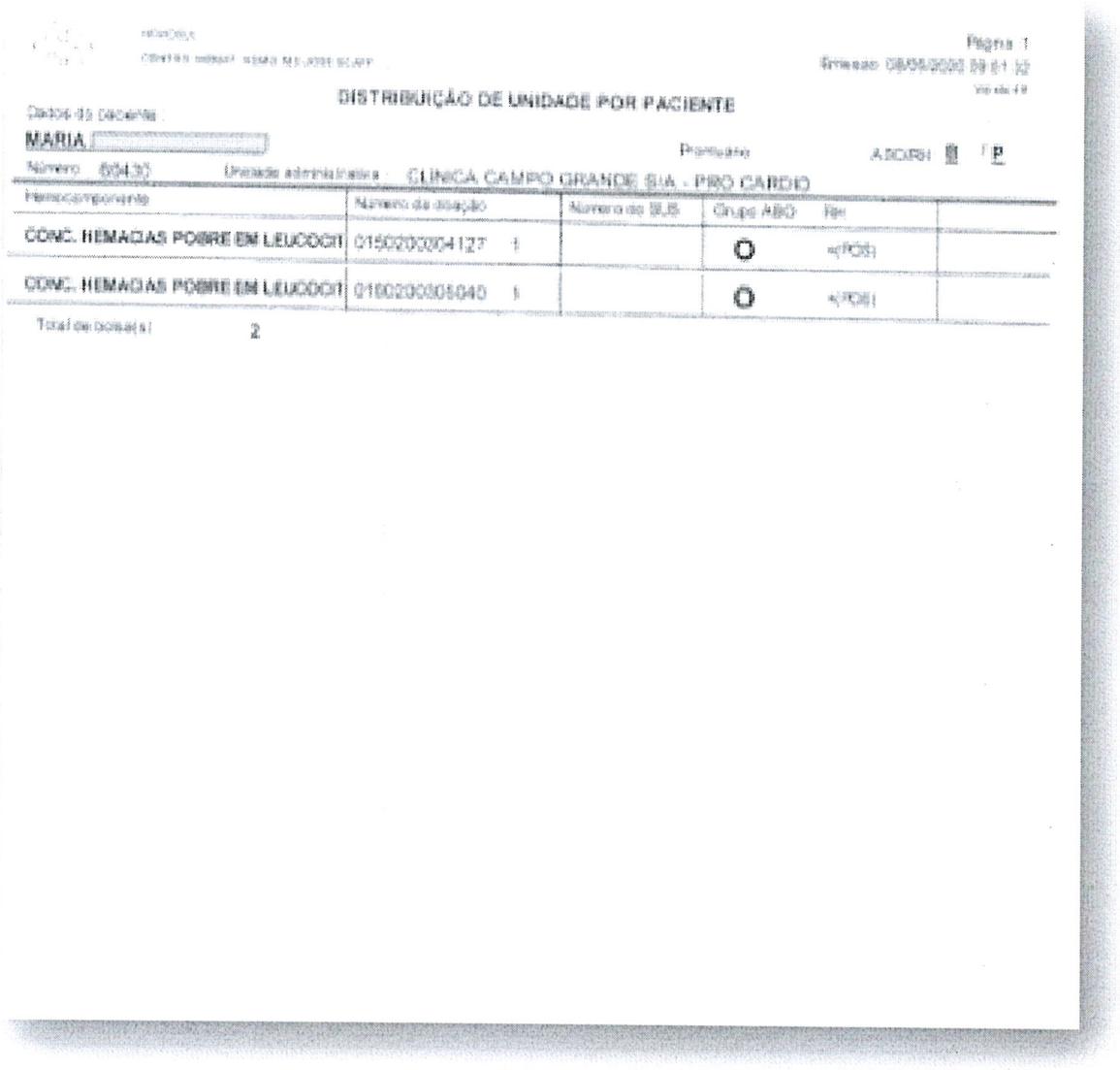
VI. Registro da data e hora do acondicionamento

VII. Identificação do profissional responsável pelo acondicionamento

A caixa térmica contendo as bolsas de sangue solicitadas pela AT local será liberada após a assinatura do motorista do hospital contratante nas fichas de Transporte de Hemocomponentes – sem Hemovida ou Transporte de Hemocomponentes – Hemovida (modelo pág. 37, 38, 39 e 40) e Relatório emitido pelo Sistema Hemovida – Distribuição de Hemocomponentes (pág. 37), uma via é enviada junto a caixa e outra fica no Hemosul para arquivo.

Para as AT do interior (fora da capital) será libera junto a caixa térmica o Relatório emitido pelo Sistema do Hemovida (pag.36 ou 37) mais a Guia de Remessa de Material (pág. 41).

1 – RELATORIO HEMOVIDA – DISTRIBUIÇÃO POR PACIENTE



Página 1

DISTRIBUIÇÃO DE UNIDADE POR PACIENTE

MARIA

Número (6943) Unidade administrativa: CLÍNICA CAMPO GRANDE SIA - PRO CARDIO

Hemocomponente	Número da doação		Número do SUS	Grupo ABO	Rh	
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCOCIT	015020020041 27	1		O	+(POS)	
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCOCIT	015020030050 40	1		O	+(POS)	

Total de bolsa(s): 2

2- RELATORIO HEMOVIDA – DISTRIBUIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

HEMOSUL
CENTRO HEMAT. HEMO. MS-JOSE SCAFF

Página :1
Emissao :08/05/2020 09:57:12
Versao 4.6

DISTRIBUIÇÃO DE HEMOCOMPONENTE
DISTRIBUIÇÃO DE ROTINA - POR UNIDADE

Número : 55759 Destino: CLINICA CAMPO GRANDE S/A - PRO CARDIO Usuario FR18

Hemocomponente	Número da doação		Data coleta	Grupo ABO Fator RH	N SUS	Data valid
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200324026	5	24/03/2020	A +(POS)		23/03/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200324046	5	24/03/2020	A +(POS)		23/03/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200324050	5	24/03/2020	A +(POS)		23/03/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200406009	5	06/04/2020	A +(POS)		05/04/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200408047	5	08/04/2020	A +(POS)		07/04/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200408078	5	08/04/2020	A +(POS)		07/04/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200408110	5	08/04/2020	A +(POS)		07/04/202
PLASMA FRESCO CONGELADO	0150200413002	5	13/04/2020	A +(POS)		12/04/202
CONCENTRADO DE HEMACIAS	0150200415069	2	15/04/2020	A +(POS)		19/05/202
CONCENTRADO DE HEMACIAS	0150200415083	2	15/04/2020	A +(POS)		19/05/202
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCO	0150200430064	1	30/04/2020	O +(POS)		10/06/202
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCO	0150200430083	1	30/04/2020	O +(POS)		10/06/202
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCO	0150200430093	1	30/04/2020	O +(POS)		10/06/202
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCO	0150200430111	1	30/04/2020	O +(POS)		10/06/202
CONC. HEMACIAS POBRE EM LEUCO	0150200430145	1	30/04/2020	O +(POS)		10/06/202

Total de bolsa(s) : 15

Data : ____/____/_____ Hora : ____:____

Entregue por : _____
NOME LEGÍVEL E MATRÍCULA

Data : ____/____/_____ Hora : ____:____

Recebido por : _____
NOME LEGÍVEL E MATRÍCULA

3 - TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES – SEM HEMOVIDA

*02

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS			GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Transporte de Hemocomponentes – Sem Hemovida			
	Codigo: PLAN-DIST-07	Versão: 04	Pagina: 1/2	

Data (acondicionamento): ___/___/___ N°:_____ *04
Hora (acondicionamento): _____

REMETENTE		
LOCAL:		
ENDEREÇO:		
DESTINATARIO:		
( ) NOME PACIENTE:	TIPAGEM SANGUINEA:	( ) ESTOQUE
LOCAL:		
ENDEREÇO:	TEL.:	
TRANSPORTADO POR:		

Temperaturas de Transporte: CAIXA N° _____
Concentrado de Plaquetas: 20 a 24° C
Concentrado de Hemacias : 1 a 10° C para
< -5°C para Plasma / Crioprecipitado / CIQ PAI

Relação de Bolsas enviadas:

Item	HEMOCOMPONENTE *04															
	CH	CHPL	CHA	CHF TABLE	CHPB 20	CHPB 10	PRECIP.	CP	CPCL	CPA	POOL PLAQ	PBC	CHIO	TIPAG. BOLSA	POL	N° BOLSA
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																

TEMPERATURA DE SAÍDA – ATUAL _____
RESPONSÁVEL PELO ACONDICIONAMENTO E ENVIO: _____
OBS.: OS HEMOCOMPONENTES TRANSPORTADOS POSSUEM RESULTADO NÃO-REAGENTE PARA OS MARCADORES DE INFECÇÃO HBSAG, ANTI-HBC, ANTI-HCV, ANTI-HIV 1 E 2, ANTI-HTLV I E II, SIFILIS E CHAGAS.

ASSINATURA RECEBIMENTO: _____ *04

	Data: 20/06/2022	

Avenida Fernando Correa da Costa n° 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

*verso

*02

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		
	Transporte de Hemocomponentes – Sem Hemovida		
	Código: PLAN-DIST-07	Versão: 04	Página: 2/2

Uso no Recebimento			
( )Paciente	Nome :	TIPAG:	( )Estoque

Data da Entrada: _____/_____/_____

Hora: _____

Temperatura de chegada - Mínima_____/Máxima_____/Atual_____

Responsável pelo Recebimento:_____

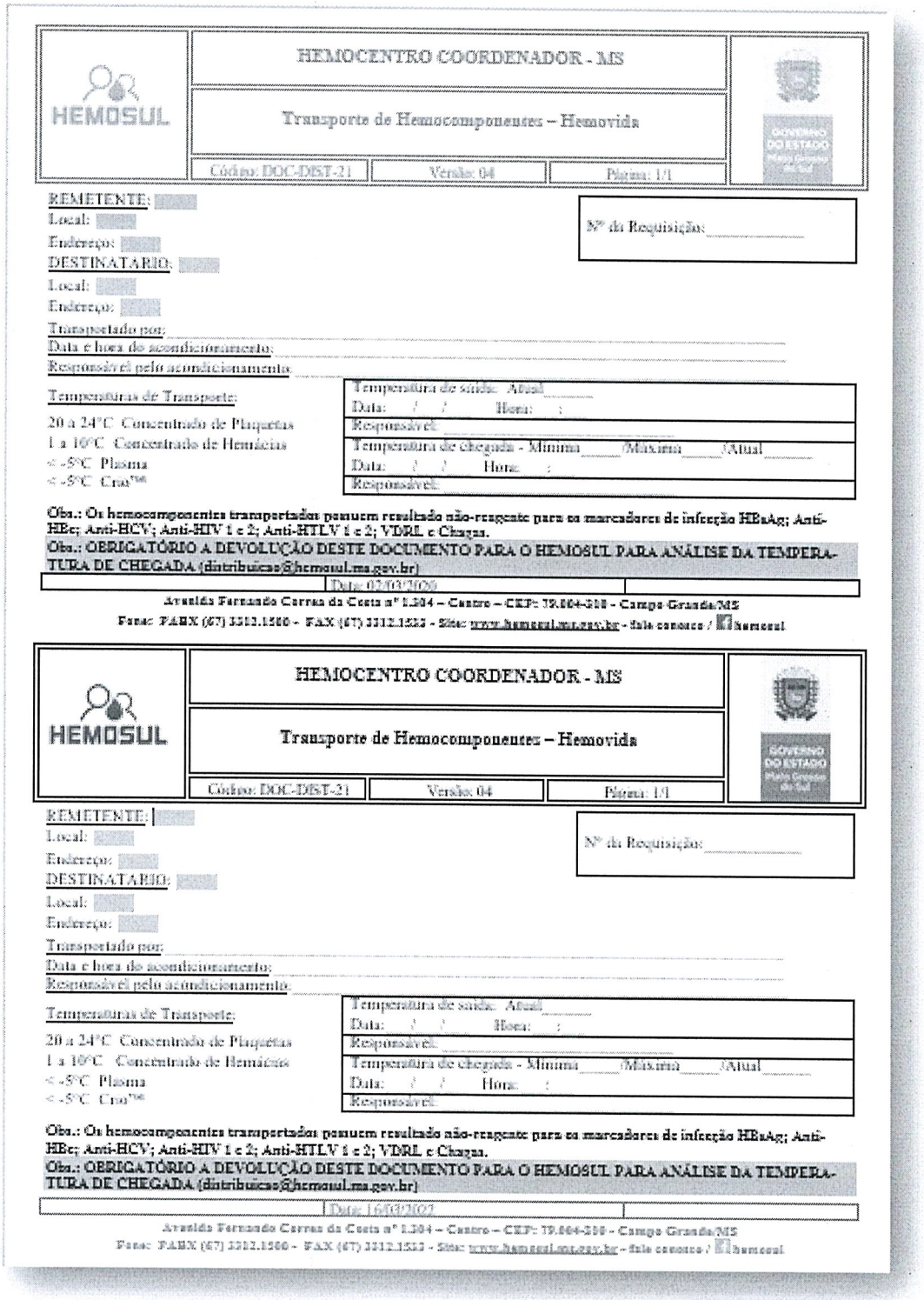
Obs.: OBRIGATÓRIO A DEVOLUÇÃO DESTE DOCUMENTO PARA O HEMOSUL PARA ANÁLISE DA TEMPERATURA DE CHEGADA (distribuicao@hemosul.ms.gov.br) *04

	Data: 20/06/2022	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

4 - TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES – HEMOVIDA

*02



HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Transporte de Hemocomponentes – Hemovida

Código: DOC-DIST-21 | Versão: 04 | Página: 1/1

REMETENTE:
Local:
Endereço:
DESTINATÁRIO:
Local:
Endereço:
Transportado por:
Data e hora do acondicionamento:
Responsável pelo acondicionamento:

Nº da Requisição:

Temperaturas de Transporte:

20 a 24°C Concentrado de Plaquetas
1 a 10°C Concentrado de Hemácias
< -5°C Plasma
< -5°C Crio™

Temperatura de saída: Atual:
Data: / / Hora: :
Responsável:
Temperatura de chegada - Mínima: /Máxima: /Atual:
Data: / / Hora: :
Responsável:

Obs.: Os hemocomponentes transportados possuem resultado não-reagente para os marcadores de infecção HBsAg; Anti-HBc; Anti-HCV; Anti-HIV 1 e 2; Anti-HTLV 1 e 2; VDRL e Chagas.
Obs.: OBRIGATÓRIO A DEVOLUÇÃO DESTE DOCUMENTO PARA O HEMOSUL PARA ANÁLISE DA TEMPERATURA DE CHEGADA (distribuicao@hemosul.ms.gov.br)

Data: 02/03/2020

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / Hemosul

HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Transporte de Hemocomponentes – Hemovida

Código: DOC-DIST-21 | Versão: 04 | Página: 1/1

REMETENTE:
Local:
Endereço:
DESTINATÁRIO:
Local:
Endereço:
Transportado por:
Data e hora do acondicionamento:
Responsável pelo acondicionamento:

Nº da Requisição:

Temperaturas de Transporte:

20 a 24°C Concentrado de Plaquetas
1 a 10°C Concentrado de Hemácias
< -5°C Plasma
< -5°C Crio™

Temperatura de saída: Atual:
Data: / / Hora: :
Responsável:
Temperatura de chegada - Mínima: /Máxima: /Atual:
Data: / / Hora: :
Responsável:

Obs.: Os hemocomponentes transportados possuem resultado não-reagente para os marcadores de infecção HBsAg; Anti-HBc; Anti-HCV; Anti-HIV 1 e 2; Anti-HTLV 1 e 2; VDRL e Chagas.
Obs.: OBRIGATÓRIO A DEVOLUÇÃO DESTE DOCUMENTO PARA O HEMOSUL PARA ANÁLISE DA TEMPERATURA DE CHEGADA (distribuicao@hemosul.ms.gov.br)

Data: 16/03/2021

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / Hemosul

5 - GUIA DE REMESSA DE MATERIAL / INTERIOR

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	GUIA DE REMESSA DE MATERIAL/INTERIOR		
	Código: GRMI	Versão: 02	Página: 1/1

GUIA DE REMESSA DE MATERIAL

O **HEMOCENTRO COORDENADOR - MS,** localizado à Avenida Fernando Corrêa da Costa nº 1304 – Centro - CEP 79004-310 - Campo Grande/MS – Fone: PABX (67) 3312.1500, - Campo Grande/MS. Setor ____ – Fone: ____, está **REMETENDO** para ____ através da Empresa ____, CNPJ nº ____ – Endereço: ____, o TOTAL de (____) Volumes de materiais, Caixa (s) nº ____ (para biológicos), ____ Litros (para biológicos), sendo:

(____)Perecíveis (____)Não Perecíveis (____)Biológicos (____)Permanentes

Totalizando (____) Kg (para perecíveis, não perecíveis e permanentes)

Temperatura de Saída: ____°C (temperatura de referência: ____ à ____°C)[02].

Por ser verdade, firmo o presente para que surta seus efeitos legais.

Campo Grande/MS, ____/____/20____

_____

Assinatura e Carimbo do Remetente

Empresa ____

Declaro que recebi do **HEMOCENTRO COORDENADOR - MS,** a quantidade de volumes acima referenciado, de acordo com as Cláusulas do Contrato nº ____ – Processo nº ____ - ____.

Em, _____/_____/_____, às _____:_____ hs

_____

Assinatura e Carimbo do Recebedor

	Data: 19/09/2017	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

As ATs deverão enviar uma caixa (PVC) para cada tipo de hemocomponente solicitado.

As caixas térmicas devem ser: rígidas, resistentes, impermeáveis, revestidas internamente com material liso.

Deverá conter termômetro de máxima e mínima calibrado que deve ficar na posição vertical, ser zerado no momento do acondicionamento*02.

VIII.2. Transporte de amostras de sangue

"Art. 37 - A embalagem interna (recipiente ou tubo) que contenha a amostra de sangue para triagem laboratorial de receptores será impermeável e hermeticamente fechada.

Parágrafo único: O recipiente ou tubo de que trata o caput será acondicionado em embalagem intermediária, organizada de forma a evitar o derramamento do material biológico e o impacto entre si, caso sejam 2 (dois) ou mais recipientes ou tubos transportados juntos.

Art. 38 – A embalagem externa será impermeável e resistente a rupturas e perfurocortantes.

Art. 42 – O transporte de amostras biológicas para triagem laboratorial de receptores em ambiente externo ao serviço de hemoterapia ou outro serviço de saúde será realizado em sistema de embalagens triplas (interna, intermediária, externa), com componentes isotérmicos e com quantidade de material refrigerante suficiente para a manutenção da temperatura de conservação das amostras de acordo com o tempo de transporte previsto, mantendo-se os registros.

Art. 43 - Entre a embalagem interna (recipiente ou tubo) e a embalagem intermediária haverá material absorvente em quantidade suficiente para, em caso de acidente, absorver todo o material extravasado do recipiente ou tubo. "

Portaria conjunta 370 de 07/05/14.

Manual da VISA transporte de sangue e hemocomponente.

Obs.1. Identificação da caixa de amostras de pacientes para teste pré-transfusional ou de amostras de doadores com testes sorológicos/biologia molecular alterados.

O Art. 4º da Portaria Conjunta MS/ANVISA 370/2014 define:

Material biológico infectante

I - Categoria A: material biológico infeccioso cuja exposição ao mesmo pode causar incapacidade permanente ou enfermidade mortal, pondo em risco a vida humana ou de outros animais, sinalizada com UN 2814;

II – Categoria B: material biológico que não integra a categoria A, classificado como "substância biológica de Categoria B" UN 3373, inserindo-se nesse grupo amostras de pacientes com resultados reagentes ou positivos para marcadores de agentes infecciosos.

Obs. Identificação de caixa de amostras de doadores triados clinicamente

O Art. 4º da Portaria Conjunta MS/ANVISA 370/2014 define:

III- Categoria Espécime Humana de Risco Mínimo é composta por materiais biológicos provenientes de indivíduos sadios que foram submetidos a juízo profissional baseado em história clínica, sintomas e características individuais, bem como nas condições endêmicas locais que asseguram a probabilidade mínima de o material biológico conter microrganismos patogênicos, mesmo que este material não tenha sido submetido previamente a testes laboratoriais para marcadores de doenças transmissíveis pelo sangue, seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), incluindo-se neste grupo o sangue de doadores considerados aptos à coleta no âmbito da hemoterapia.

VIII.3. Cuidados com as caixas térmicas

Deverão ser adotados os seguintes procedimentos antes do uso das caixas térmicas:

a). Lavar as caixas com água corrente e detergente neutro;

b). Secá-las com pano ou compressa;

c). Friccioná-las com pano ou compressa limpa embebida em álcool a 70%.

Quando houver derramamento de sangue ou hemocomponente realizar o processo de desinfecção descrito a seguir:

a). Retirar o excesso de carga contaminante (matéria orgânica) com toalha de papel ou pano de limpeza;

b). Lavar a caixa com água corrente e detergente neutro;

c). Secá-la com pano ou compressa;

d). Aplicar solução desinfetante. Embeber o pano no álcool 70% e fazer 3 fricções com intervalo de 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente entre uma fricção e outra.

IX. Administração de Transfusão

IX.1. Coleta de amostras pré-transfusionais:

Esta é uma fase muito importante do processo transfusional em que qualquer erro de identificação de paciente e/ou amostra poderá acarretar consequências fatais.

As amostras usadas para os testes pré-transfusionais deverão ser coletadas apenas para este fim específico e tem validade de 72 horas.

As amostras para exames pré–transfusionais deverão ser colhidas em um tubo com EDTA (± 5ml). Imediatamente após a coleta os tubos deverão ser homogeneizados delicadamente de 5 a 10 vezes. Para garantir a qualidade das amostras devem ser empregadas técnicas adequadas de coleta e tubos:

- Tubos com tampa roxa, (possuem EDTA jateado em seu interior);

Todo paciente internado deve ser identificado através de pulseira. Contudo, se no serviço não existir esta prática, deve-se implementar a rotina de identificação com pulseira para todo paciente candidato a receber transfusão. A colocação desta pulseira poderá acontecer no momento da coleta das amostras para os testes pré–transfusionais. Para pacientes cuja identificação completa não estiver disponível, como no caso de situações de urgência, traumas etc., recomenda-se convencionar o uso do termo desconhecido 1, 2, 3..., até que seja possível a identificação completa do paciente, quando deverá ser colhida uma nova amostra, identificada corretamente e encaminhada ao Serviço de Hemoterapia que sempre deverá estar ciente deste tipo de ocorrência.

IX.2. Etiquetagem:

Os tubos contendo as amostras deverão ser rigorosamente identificados imediatamente após a coleta, na beira do leito do paciente, com etiquetas que se colem firmemente aos tubos. Nelas deverão ser escritas as seguintes informações com letra legível: nome completo do paciente sem abreviaturas, número de identificação do paciente, nome completo da mãe, data de nascimento, data da coleta e a identificação de quem realizou a coleta, sendo recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa[*02]. Deverá ser utilizada tinta que não se apague com a umidade. Tubos que não estejam corretamente identificados não deverão ser aceitos pelo Serviço de Hemoterapia

IX.3. Encaminhamento:

Ver item Transporte de amostras e hemocomponentes.

IX.4. Cuidados Pré- transfusionais:

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.

As bolsas com hemocomponentes só deverão ser retiradas das condições ideais de conservação no momento da instalação. Os componentes eritrocitários poderão permanecer à temperatura ambiente por, no máximo, 30 minutos antes da instalação; os componentes plasmáticos deverão ser transfundidos no máximo 6 horas após o descongelamento, se

armazenados a 22 ± 2°C, e 24h se armazenados a 4 ± 2°C. Os concentrados de plaquetas devem ser transfundidos no máximo 24 horas após saírem do agitador contínuo.

Recomenda-se o início imediato da transfusão, uma vez que tenha sido removido das condições adequadas de armazenamento, pois existe o risco de proliferação bacteriana ou perda da função do hemocomponente.

- Toda transfusão deve ser solicitada formalmente, com letra legível, através de uma requisição de transfusão com nome completo do receptor, sexo, idade, peso, registro, número do leito (para pacientes internados), diagnóstico, antecedentes transfusionais, descrição do hemocomponente solicitado, volume ou quantidade, tipo de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, nome, assinatura e carimbo com o número do CRM do médico responsável. Esta requisição deverá permanecer arquivada no Serviço de Hemoterapia que preparou a transfusão por, no mínimo, 20 anos. Requisições incompletas, inadequadas ou ilegíveis não devem ser aceitas pelos Serviços de Hemoterapia.

- As bolsas com hemocomponentes destinados a transfusão devem possuir uma etiqueta colada contendo dados referentes ao produto hemoterápico (identificação numérica, tipo de hemocomponente, tipagem ABO e Rh, e outras especificações – ex. produto aliquotado, pool de plaquetas e o Cartão de Receptor Prova de Compatibilidade com todos os dados exigidos na fase de liberação). Este cartão de receptor deve conter dados referentes ao receptor (nome completo, registro, leito, tipagem ABO e Rh), aos testes pré-transfusionais (data, resultados e nome do técnico responsável) e instruções para procedimentos imediatos se houve alguma ocorrência e algum tipo de reação transfusional.

As transfusões serão realizadas por profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas legais vigentes. O procedimento deverá ser realizado sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais. O profissional responsável pela administração do hemocomponente deverá verificar na prescrição médica do receptor, o tipo e quantidade de hemocomponente requisitado, se está conforme de acordo com o que está sendo entregue ou foi enviado pela AT e seguir uma rotina pré-estabelecida:

- A bolsa também deve ser inspecionada quanto à data de validade, ao aspecto e ao tipo ABO e Rh que deve ser compatível com o tipo ABO e Rh do paciente.

- Se houver algum impedimento para a imediata instalação do hemocomponente, este deve ser devolvido à agência transfusional para retornar às condições ideais de conservação, o mais rápido possível.

IX.4.1. Ato transfusional

Esta é uma das fases mais críticas da transfusão e estatisticamente é a mais vulnerável em relação a ocorrências de erros que podem trazer prejuízos ao paciente. Sendo assim a observação dos seguintes passos é indispensável:

Identificação do receptor: o receptor deve ser identificado pela pulseira e/ou nome completo verbalizado pelo próprio (para pacientes conscientes e orientados isto deve ser feito com a participação ativa do mesmo, perguntando–lhe diretamente o nome e confirmando com ele os demais dados e, para pacientes anestesiados ou inconscientes, deve-se usar a pulseira de identificação). Confrontar com todos os documentos: a prescrição, a etiqueta de identificação da bolsa. A transfusão só poderá ocorrer mediante prescrição médica, devendo-se verificar e registrar os seus sinais vitais (temperatura, pressão arterial, pulso e frequência cardíaca), imediatamente antes do início da transfusão em formulário especifico[*02].

Se o paciente estiver em boas condições hemodinâmicas deverá ser puncionado acesso venoso exclusivo e de bom calibre. Não utilizar acesso venoso compartilhado, caso seja utilizado cateter duplo ou triplo lúmen, instalar o hemocomponente na via proximal e as medicações na via distal.

No caso de optar por acesso venoso pré-existente, é importante avaliar:

• Sinais de infiltração

• Inflamação ou infecção

• Interação com soluções parenterais

• Duração da terapia medicamentosa

• Compatibilidade para infusão do hemocomponente (tipo de componente, volume e tempo de administração)

É proibida a adição de medicamentos ou outras substâncias aos hemocomponentes, podendo ser utilizada apenas solução fisiológica 0,9% em cateter em "y", quando absolutamente necessário.

A transfusão deverá ser acompanhada pelo profissional que a instalou, durante os **10 (dez)** primeiros minutos à beira do leito, afim de detectar eventos adversos[*02]. O paciente deverá ser monitorado durante todo seu transcurso e o tempo de infusão deverá ser respeitado conforme cada hemocomponente a contar do momento da entrega do hemocomponente da Agência Transfusional[*02]:

O tempo médio adequado para a administração da transfusão em pacientes hemodinamicamente estáveis é:

1-Hemácia (pacientes estáveis): 90 - 120 minutos/unidade (máximo 4 horas)[*02].

2-Plaquetas: 30 minutos[*02].

3-Plasma: máximo 60 minutos/unidade[*02].

4 – Crioprecipitado: corre aberto, máximo 30 minutos[*02].

O início de cada transfusão deve ocorrer em gotejamento lento e o cliente deverá permanecer sob vigilância constante, principalmente nos dez minutos iniciais de cada bolsa a ser transfundida. Após os 10 minutos, o gotejamento poderá ser acertado conforme prescrição médica. O cartão de receptor deve permanecer acoplado à bolsa até o término da transfusão e posteriormente deve ser anexado ao prontuário do paciente.

Para a transfusão de qualquer hemocomponente, é obrigatório o uso de equipos próprios para transfusão. Este equipo possui malha no seu interior, capaz de reter pequenas partículas (debris celulares) que se formam durante a estocagem do produto. O equipo de transfusão deve ser preenchido com o próprio hemocomponente antes do início da transfusão. Usar equipo novo para cada transfusão de concentrado de hemácias, reduzindo o risco de reação transfusional e contaminação bactéria por manipulação excessiva.

Caso haja abertura do sistema fechado de qualquer hemocomponente, o mesmo deverá ser utilizado imediatamente.

Uma vez finalizada a transfusão, o horário de conclusão deve ser registrado para determinação final do tempo do procedimento. Ao término, a bolsa de hemocomponente vazia pode ser descartada em recipiente para descarte de material biológico na própria área onde ocorreu a transfusão, a menos que algum evento adverso seja identificado.

X. Evento Adverso - Reconhecimento

A maioria das transfusões transcorre sem complicações. Porém, quando um evento adverso ocorre é importante que a equipe esteja preparada para reconhecer e atender imediatamente uma reação. Devido à diversidade de tipos de reações e sintomas que podem ser inespecíficos, as transfusões devem ser acompanhadas e paralisadas assim que uma reação seja suspeita.

Alguns sinais e sintomas são tipicamente associados com reação transfusional aguda e podem auxiliar no reconhecimento:

- Febre com ou sem calafrio (definido como aumento de 1°C na temperatura corpórea associada à transfusão)
- Tremores com ou sem febre - Dor no local da infusão, dor no peito, abdome ou flanco
- Alterações pressóricas geralmente agudas (hipertensão ou hipotensão)
- Choque em combinação com febre, e/ou calafrio intenso
- Alteração no padrão respiratório tal como, dispnéia, taquipnéia, hipóxia
- Aparecimento de urticárias, prurido ou edema localizado
- Náusea com ou sem vômitos - Alteração da cor da urina (hematúria)
- Sangramento ou outras manifestações de alteração da coagulação

X.1. Conduta Clínica*02

- Suspender a transfusão imediatamente
- Manter acesso venoso pérvio com solução salina a 0.9%.
- Verificar os sinais vitais.
- Comunicar imediatamente a equipe da agência Transfusional ou Hemocentro distribuidor e o médico do paciente.

- Verificar todos os registros, formulários e a identificação do receptor.
- Avaliar se ocorreu a reação e classificá-la para adequar a conduta específica.
- Manter equipo e bolsa intactos, encaminhá-los à Agência Transfusional ou Hemocentro distribuidor.
- Notificar as reações transfusionais em registros internos específicos e no Notivisa.
- Avaliar a possibilidade de reação hemolítica, TRALI, anafilaxia, sepsis relacionada à transfusão, situações em que são necessárias condutas de urgência.
- Se existe a possibilidade de hemólise aguda, anafilaxia, TRALI, sepsis por transfusão, uma amostra pós transfusional deve ser coletada e enviada ao laboratório transfusional assim como a bolsa e os equipos anexos a ele (assegurando a não contaminação dos equipo).
- Em alguns casos uma amostra da urina pós-transfusão pode ser necessária.
- Todo evento adverso ocorrido em receptores de hemocomponentes deverá ser investigado e comunicado oficialmente ao Hemocentro Distribuidor e à vigilância sanitária competente, por meio do sistema NOTVISA, ou outro sistema que lhe venha suceder[*02].

Principais tipos de Reações Transfusionais

	IMUNE	NÃO IMUNE
AGUDA <24 horas	Reação febril não hemolítica	Contaminação bacteriana
	Reação hemolítica	Hipotensão por inibidor ECA
	Reação alérgica: leve; moderada; grave	Sobrecarga de volume
	TRALI	Hemólise não imune
		Embolia aérea
		Hipotermia
		Hipocalcemia
CRÔNICA >24 horas	Aloimunização eritrocitária	Hemossiderose
	Reação enxerto x hospedeiro	
	Aloimunização plaquetária	
	Purpura pós transfusional	Doenças infecciosas
	Imunomodulação	
	Hemólise	

Principais sinais e sintomas de reações transfusionais

TIPO	SINTOMA
Febril não hemolitica	Elevação de pelo menos 1°C em relação à temperatura nicial, desde que a temperatura final seja maior ou igual a 38°C*02
Alérgica leve	Prurido, urticaria, eritema, tosse, rouquidão
Alérgica moderada	Edema facial e de extremidades, dispneia, tosse rouquidão
Anafilática	Dor abdominal, broncoespasmo, tosse, dispneia, urticária, edema de glote, ausênciade febre, estridor
Hemolítica aguda	Febre, calafrios, dor lombar, hipotensão, hemoglobinúria, taquidispnéia, agitação, dor torácica
TRALLI (edema pulmonar relacionado à transfusão)	Taquidispnéia, hipóxia, febre, taquicardia, hipotensão, agitação
Bacteriana	Febre, tremores, calafrios, diarréia, náuseas/vômito, hipotensão
Sobrecarga de volume	Dispneia súbita, cianose, tosse, hipertensão, agitação, hipóxia, dificuldade de se manter deitado
Hipotensiva	Vermelhidão, hipotensão, mal-estar, sem febre

NOTAS:

1) A prevenção da doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional deve ser feita pelo uso de componentes celulares irradiados. As solicitações serão atendidas mediante envio de "pedido médico" ou da "requisição de transfusão" em que deverá constar:

- Nome do paciente;

- Categoria de atendimento (SUS, particular ou nome do convênio);

- No caso de SUS o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

- Hemocomponente solicitado/dose;

- Justificativa para o uso;

- Assinatura e carimbo/nome completo do médico responsável técnico.

2). Após realizada a transfusão, os dados do receptor deverão ser registrados no sistema informatizado para Agencia Transfusional (se houver) ou livros para registros abertos na VISA bem como as informações de descarte do hemocomponente, procedendo conforme item XI - Retorno das Informações – Planilha de Cadastro de Receptor e Planilha de Cadastro de Descarte.

3) É de responsabilidade do hospital onde ocorrerá a transfusão, o controle do uso dos hemocomponentes recebidos do Hemocentro, ou de suas Unidades, dentro da validade preconizada que se encontra impressa nos rótulos dos hemocomponentes, bem como o compromisso de transfundi-los no paciente específico para o qual tenham sido feitos os testes pré-transfusionais. Caso seja detectado uso de hemocomponentes depois de expirado o prazo de validade, ou em paciente diferente daquele para quem foi preparado de fato, o Serviço de Vigilância Sanitária da área onde a AT está localizada será comunicado.

DIANTE DA SUSPEITA DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL A PRIMEIRA CONDUTA É SUSPENDER A TRANSFUSÃO, MANTER UM ACESSO VENOSO E COMUNICAR AO MÉDICO DO PACIENTE.

Todo serviço de saúde que realiza transfusão deve ter protocolos escritos para detecção, tratamento, prevenção e notificação dos eventos adversos à transfusão.

O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação, comunicação à autoridade sanitária, quando pertinente e notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do evento adverso ocorrido em suas dependências. As orientações relativas a estes procedimentos constam do "Marco conceitual e operacional de hemovigilância: Guia para Hemovigilância no Brasil".

http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/Marco+Conceitual+e+Operacional+de+Hemovigil%C3%A2ncia+-+Guia+para+a+Hemovigil%C3%A2ncia+no+Brasil/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7

Esta notificação das reações transfusionais deverá ser feita à ANVISA por meio do sistema NOTIVISA.

https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp

XI. Retorno das Informações – Bolsas Transfundidas ou Descartadas

XI.1 Utilização das Planilhas de Cadastro de Receptor (PCR) e Planilha de Cadastro de Descarte (PCD) e ou Relatório contendo as informações pertinentes às das Planilhas emitido por sistema informatizado.

O destino final (transfusão ou eliminação) de todos os hemocomponentes recebidos pelas AT's deverá ser enviado ao Hemocentro Coordenador-HC ou a Unidade da Rede Hemosul fornecedora dos Hemocomponentes através das Planilhas PCR e PCD até dia 10 do mês seguinte.

XI.2 Quando os produtos forem transfundidos, é necessário que todos os campos do formulário estejam completos, principalmente quanto aos dados pessoais do paciente/receptor, 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.

Sempre que algum paciente apresentar uma reação adversa à transfusão, a mesma deverá ser informada a Unidade fornecedora, através do DOC-DIST-11 –"Notificação de Reação Transfusional" (pág. 27-28), registrar no verso do impresso mencionando o(s) número(s) da(s) bolsa(s) envolvida(s), conforme exigência da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28/09/2017 - Seção XIII - Das Reações Transfusionais. 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.

Obs.: O retorno das informações acima referidas, ou nos formulários acima citados deverá ocorrer no prazo máximo de 10 (dez) dias após a transfusão ou a necessidade de eliminação do hemocomponentes.

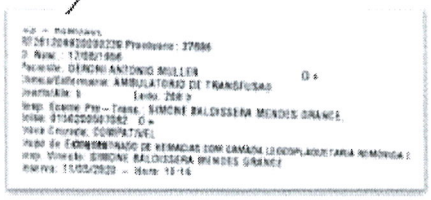
XII. Sistema de rotulagem

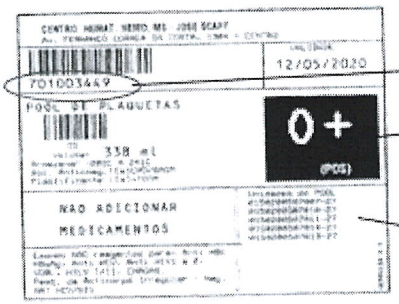
O Hemosul utiliza o sistema de rotulagem de bolsas emitidos pelo Sistema Informatizado Hemovida. O número de identificação da bolsa identifica o código serviço de coleta, data da coleta e sequência do número de coletas do dia. Além disso, constam também na etiqueta o tipo de hemocomponente, o código do produto, data de coleta, data de validade, temperatura de armazenamento, volume e exames realizados (modelos abaixo).

No retorno das informações da transfusão ou da eliminação de bolsas será necessário incluir número da bolsa, números que devem ser retirados do rótulo das bolsas, definidos no modelo abaixo.

Rótulos e etiquetas:

Etiqueta autoadesiva de identificação do Receptor emitida pelo Sistema Hemovida Web após liberação dos Testes Pré-Transfusionais



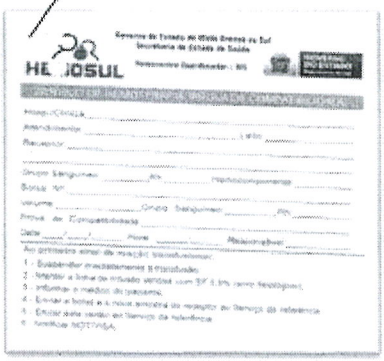


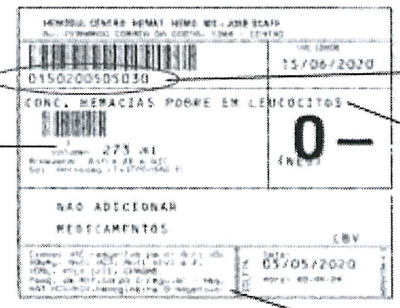
Número da bolsa

Grupo sanguíneo/ RH

Nº das Bolsas de CP adicionadas

Cartão de liberação dos exames Pré-Transfusionais – anexado à Bolsa de Hemocomponente





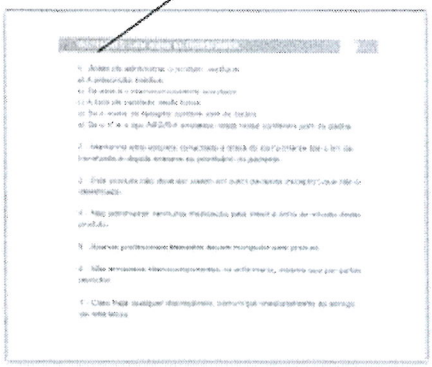
Número da bolsa

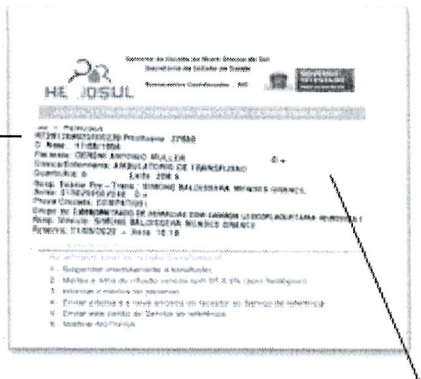
Tipo de Hemocomponente

Exames realizados

Código do hemocomponente

Verso do cartão: Instruções

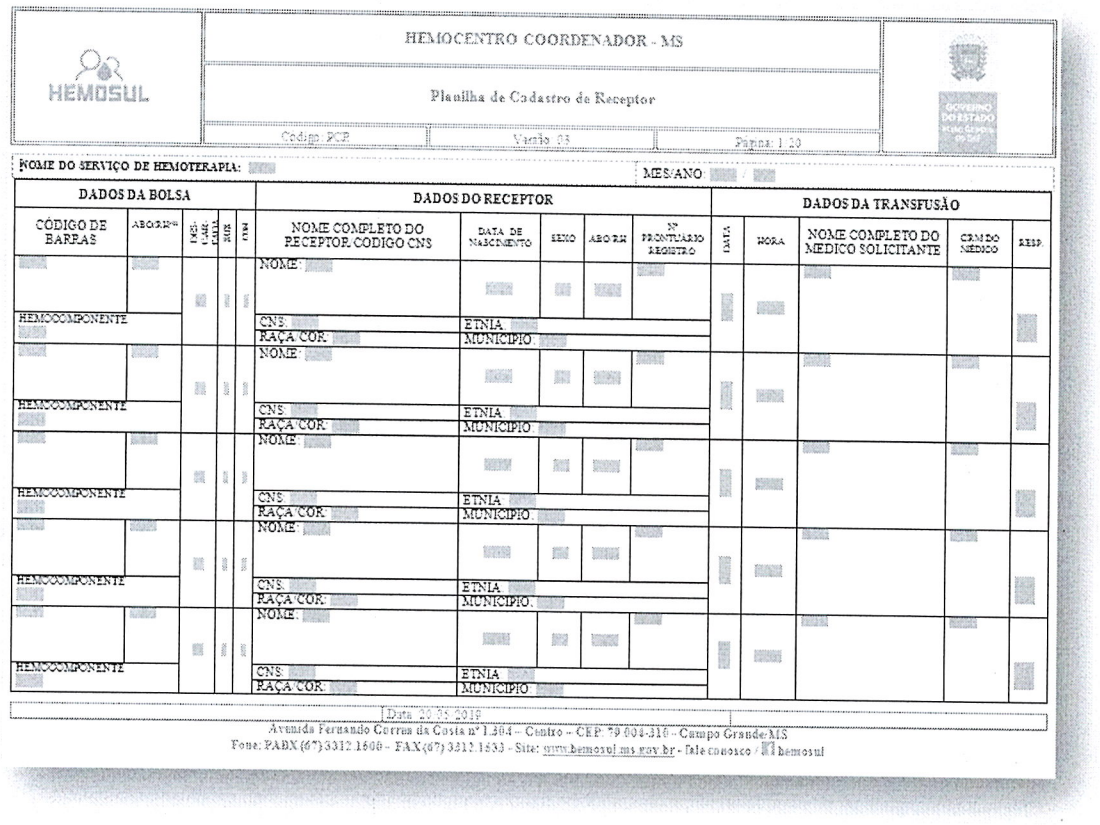




Nº de Registro do Receptor no Sistema Hemovida Web

Etiqueta de identificação do Receptor emitida pelo Sistema Hemovida Web

1 – PLANILHA DE CADASTRO DE RECEPTOR



HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Planilha de Cadastro de Receptor

Código: PCR | Versão: 03 | Página: 1 /3

NOME DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA: | MES/ANO:

DADOS DA BOLSA					DADOS DO RECEPTOR					DADOS DA TRANSFUSÃO				
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH*	HEMOCLASSIFICAÇÃO	EBER	CMV	NOME COMPLETO DO RECEPTOR, CODIGO CNS	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ABO/RH	Nº PRONTUÁRIO/REGISTRO	DATA	HORA	NOME COMPLETO DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM DO MÉDICO	RESP.
HEMOCOMPONENTE					NOME CNS RAÇA/COR	ETNIA MUNICÍPIO								
HEMOCOMPONENTE					NOME CNS RAÇA/COR	ETNIA MUNICÍPIO								
HEMOCOMPONENTE					NOME CNS RAÇA/COR	ETNIA MUNICÍPIO								
HEMOCOMPONENTE					NOME CNS RAÇA/COR	ETNIA MUNICÍPIO								
HEMOCOMPONENTE					NOME CNS RAÇA/COR	ETNIA MUNICÍPIO								

Data: 22/05/2015

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS

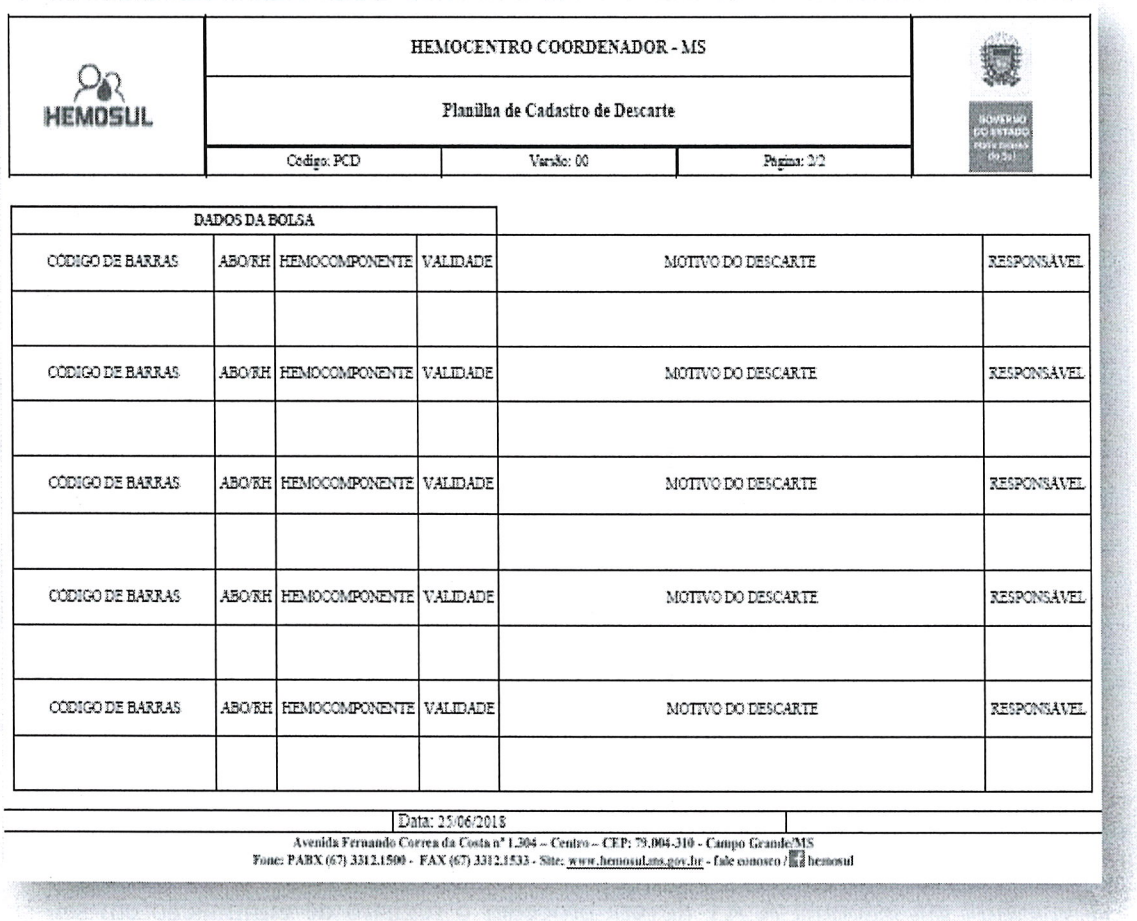
Fone: PABX (67) 3312.1600 - FAX (67) 3312.1633 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

Tipos de Hemocomponentes:

Descrição	Sigla
Sangue total	ST
Concentrado de hemácias	CH
Concentrado de hemácias pobre em leucócitos	CHPL
Concentrado de hemácias por aférese	CHA
Concentrado de hemácias filtrada	CHF
Concentrado de plaquetas	CP
Concentrado de plaquetas por aférese	CPA
Plasma fresco congelado	PFC
Plasma isento de CRIO	PIC
Crioprecipitado	C
Pool de concentrado de plaquetas	CPP
Concentrado de plaquetas de Camada Leucoplaquetária	CPCL

Obs. No caso de bolsas de hemocomponente aliquotados (unidade pediátrica) em volumes menores para atendimento pediátrico usar numeração completa, nº da bolsa seguido do código do repique. Ex. 0150200202120-**61** (61 seria o código do repique)

2 – PLANILHA DE CADASTRO DE DESCARTE



HEMOSUL

HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Planilha de Cadastro de Descarte

Código: PCD | Versão: 00 | Página: 2/2

DADOS DA BOLSA					
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH	HEMOCOMPONENTE	VALIDADE	MOTIVO DO DESCARTE	RESPONSÁVEL
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH	HEMOCOMPONENTE	VALIDADE	MOTIVO DO DESCARTE	RESPONSÁVEL
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH	HEMOCOMPONENTE	VALIDADE	MOTIVO DO DESCARTE	RESPONSÁVEL
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH	HEMOCOMPONENTE	VALIDADE	MOTIVO DO DESCARTE	RESPONSÁVEL
CÓDIGO DE BARRAS	ABO/RH	HEMOCOMPONENTE	VALIDADE	MOTIVO DO DESCARTE	RESPONSÁVEL

Data: 25/06/2018

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

Motivo de Eliminação de Bolsas

Código do Motivo:	
Ex. 1 – Sistema Aberto Ex. 2 – Data de Utilização Vencida Ex. 3 – Suspensão da prescrição Ex. 4 – Óbito Ex. 5 – Bolsas furada/perfurada	Ex. 6 – Coágulo Ex. 7 – Hemólise Ex. 8 – Temperatura de armazenamento inadequada Ex. 9 – Descongelamento sem infusão Ex. 10 – Outros (especificar)

XIII. Retrovigilância

XIII.1. Soroconversão em doadores de sangue:

"Através do sistema de retrovigilância, com o intuito de garantir maior segurança transfusional e em atendimento à ANVISA e Legislação Vigente, respectivamente e no Marco conceitual e operacional de hemovigilância: Guia para Hemovigilância no Brasil", o Hemocentro realiza busca de hemocomponentes anteriormente distribuídos, provenientes de doadores que apresentarem conversão para positivo ou inconclusivo em seus testes para triagem de agentes infecciosos em doação posterior, solicitando sua devolução e rastreando seus receptores, se já utilizados.

Descarte de bolsas:

- Quando forem detectados doadores com teste laboratorial para agente infeccioso reagente, positivo ou inconclusivo, em doação atual e que possuam doação anterior com teste não reagente, o Hemocentro, por meio de seu Laboratório de Fracionamento, solicitará a que se faça o descarte, de todas as unidades válidas, ainda em estoque no Hemocentro e nas ATs associadas. O Hemocentro poderá também solicitar que se faça descarte de hemocomponentes válidos que estejam em ATs por outros motivos diferentes de resultados de sorologia e NAT, desde que tenha sido considerado importante para a segurança de receptores de transfusão (ex: informações sobre doadores recebidas pós-doação).

- Via oficio será solicitada à AT, o descarte do hemocomponente, caso o mesmo ainda se encontre em estoque. A AT deverá proceder o registro de eliminação em seu sistema de registro de descarte e na Planilha de Cadastro de Descarte (pág. 57.), observando tratar-se de hemocomponente descartado por conversão de exame(s) de doador (es)

- Posteriormente o setor de distribuição e estoque encaminhará ao médico responsável pela AT, o Comunicado de hemocomponente não conforme.

Rastreamento de receptores:

- Os responsáveis técnicos das Agências Transfusionais receberão notificação escrita do Hemocentro para que realizem o rastreamento e os testes pertinentes dos receptores dos hemocomponentes envolvidos em casos de conversão de exames de doadores, informando ao Hemocentro os resultados encontrados nos exames. Este Hemocentro também notificará o ocorrido à autoridade sanitária competente.

XIII.2. Conversão de exames para doenças infecciosas em receptores de transfusão:

Todos os casos em que houver suspeita de uma contaminação de receptor adquirida por transfusão deverão ser adequadamente avaliados.

- O Hemocentro solicita que as Agências Transfusionais realizem, por meio de seus responsáveis técnicos, notificação escrita a este Hemocentro de receptores que apresentarem exame laboratorial reagente, depois da transfusão, para doenças com suspeita de terem sido transmitidas pela referida transfusão.

- Deverá ser encaminhada ao Hemocentro no prazo de 10 dias, cópia do resultado laboratorial que se apresentou positivo, podendo eventualmente o Hemocentro solicitar uma amostra para repetição do(s) teste(s). Estes casos serão investigados pelo Hemocentro ou suas Unidades.

- "Os casos de transmissão transfusional deverão ser notificados no NOTIVISA pelo serviço que realizou a transfusão conforme Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para Hemovigilância no Brasil". Deve-se apontar o grau de correlação com a transfusão e esse deve ser corrigido após conclusão da investigação (confirmado, provável, possível, improvável, inconclusivo, descartado).

- Nos casos em que o Hemocentro ou suas unidades observarem detecção de exame microbiológico positivo em hemocomponente já distribuído para unidades conveniadas, estes serviços serão comunicados via oficio, imediatamente para devolução do hemocomponente caso ainda não tenha sido transfundido ou para conduta com o paciente caso já tenha sido

transfundido. Posteriormente, será enviada comunicação por escrito com os resultados bacteriológicos relativos à identificação da bactéria envolvida.

XIV. AFÉRESE TERAPÊUTICA

Definição de aférese e modalidades

O processo de aférese consiste na remoção do sangue total de um paciente, seguida pela separação em componentes por centrifugação ou filtros específicos, retenção do elemento desejado e retorno dos remanescentes. O procedimento pode ser realizado com o objetivo de remover uma substância ou componente sanguíneo presente em quantidade excessiva na circulação, através da retirada de plasma (plasmaférese não seletiva) ou elementos figurados do sangue, as chamadas citaféreses: leucócitos (leucocitaférese), plaquetas (plaquetaférese) e eritrócitos (eritrocitaférese).

XIV.I Classificação das indicações de aféreses terapêuticas

A indicação de aférese terapêutica deve seguir os preceitos da medicina baseada em evidências; tais evidências foram reunidas pela **Associação Americana de Bancos de Sangue e Sociedade Americana de Aférese** (evidência A) e determinam a indicação de aférese para determinada patologia, classificadas em I, II, III e IV de acordo com sua eficácia:

- **Nível I** = Aférese é a terapêutica de escolha ou adjuvante de primeira linha;
- **Nível II** = Evidências sugerem que a aférese é eficaz como terapêutica adjuvante;
- **Nível III** = Evidências inconclusivas sobre a eficácia da aférese ou risco/benefício indefinido;
- **Nível IV** = Estudos controlados ou relatos de casos demonstram que aférese não é eficaz;
- **NR** = Não relatado.

O médico da Agencia Transfusional, juntamente com o médico responsável pelo paciente, avalia a indicação e a possibilidade de realização do procedimento de aférese. A decisão sobre a realização do procedimento deverá levar em conta:

- a indicação de aférese conforme a lista de indicações de aférese terapêutica por patologia da **AABB.**

- a necessidade de acesso venoso periférico adequado ou, quando este não existir, a passagem de cateter que permita a realização do procedimento (tipo de hemodiálise).

- contra-indicações relativas ao procedimento.

Antes da realização do primeiro procedimento de aférese, deverão ser realizados os seguintes exames laboratoriais: sorologias (HIV, HTLV, Hepatites B e C, Chagas, Sífilis), tipagem sanguínea, hemograma completo, dosagem de potássio, cálcio e magnésio.

Conforme o quadro clínico do paciente, outros exames poderão ser solicitados pelo médico responsável pelo procedimento de aférese. Após a realização de cada procedimento, serão feitos controles laboratoriais conforme necessidade.

Nos casos de plasmaférese terapêutica, o líquido de reposição escolhido será a solução de albumina a 5% na maioria das patologias, reservando-se o uso de Plasma Fresco Congelado nos casos de Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) e nas coagulopatias.

Nota: Vale ressaltar que a albumina utilizada é fornecida pelo hospital e não pelo Hemosul.

A quantidade de produto utilizado na reposição será definida pelo médico que conduzirá o procedimento, conforme volemia processada e outros parâmetros de utilização do equipamento separador.

Nos casos de leucaférese e trombocitaférese, o líquido de reposição será soro fisiológico 0,9%; nos casos de eritrocitaférese, a substituição será feita com concentrados de hemácias.

Uma solicitação do Procedimento de Plasmaférese Terapêutica deve atender as especificações do DOC-AFE -07 – SOLICITAÇÃO DE PLASMAFÉRESE (pág.65-66) e ser encaminhada ao Hemosul – Hemocentro Coordenador via Fax 3312-1530 ou pessoalmente.

Esta solicitação será avaliada pelo Médico Hemoterapêuta do Hemosul juntamente com a equipe do Hemosul responsável pela realização do procedimento.

Realizada a Avaliação e esclarecimento das dúvidas entre Médicos do Hemosul e Médico Assistente do paciente será iniciado o um programa para a realização do procedimento.

Quando o procedimento for solicitado via convênio, este deverá estar autorizado antes que se inicie a primeira sessão de plasmaférese.

O hospital contratante deve providenciar e deixar à disposição da equipe do Hemosul os materiais listados no Informativo Solicitação de Plasmaférese (modelo pág.63-64), em quantidade suficiente para atender a programação de sessões do procedimento a ser realizado.

Hemosul será responsável em fornecer pessoal técnico especializado em Aférese Terapêutica, Kit para Aférese Terapêutica (circuito plástico descartável e estéril) e Equipamento de aférese.

Após a explicação do procedimento ao paciente e responsável, um termo de consentimento deverá ser assinado pelo paciente ou seu responsável.

Ao término de cada sessão os técnicos da equipe do Hemosul deveram entregar ao a enfermagem responsável pelo paciente uma cópia do relatório do procedimento realizado, formulário Plasmaférese – Terapêutica – código; DOC-AFE-03, para ciência da Unidade Associada solicitante.

1. INFORMATIVO – SOLICITAÇÃO DE PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA

HEMOSUL

GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/MS
HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul

SOLICITAÇÃO DE PLASMAFÉRESE

O Serviço Solicitante deve, através do médico assistente do paciente, preencher o documento: Solicitação de Plasmaférese (DOC-AFE-07), disponível na Agência Transfusional do Hospital. Salientamos que todos os campos deverão estar preenchidos conforme legislação vigente (assinatura e carimbo do médico).
Entregar a Solicitação de Plasmaférese (DOC-AFE-07), na Agência Transfusional do Hospital pessoalmente ao Hemocentro Coordenador - Rede Hemosul/MS (confirmar o recebimento).
OBS: quando o procedimento for solicitado via convênio, deverá estar previamente autorizado pelo mesmo.
O médico assistente deverá aguardar o contato do médico (Hemoterapeuta do Hemocentro Coordenador - cel 67 99982-8680) responsável pelo procedimento. Caso este retorno demore mais de 4 horas, favor entrar em contato com o Hemocentro Coordenador/MS 3312-1500*01.
O médico do Hemocentro Coordenador/MS, responsável pelo procedimento, entrará em contato com o médico do paciente para avaliação e definição do tipo de líquido de reposição a ser utilizado: albumina ou plasma, a data e horário de início da primeira sessão.
Antes de iniciar a primeira sessão o hospital deverá providenciar:
1. Local apropriado para a realização do procedimento (pacientes poderão realizar a aférese terapêutica em regime hospitalar ou ambulatorial, dependendo de suas condições clínicas)*01.
2. Pacientes em regime hospitalar, internados em CTI, serão monitorados pelo médico do setor (plantonista e/ou médico assistente)*01.
3. Pacientes em regime hospitalar, internados nas enfermarias deverão ser acomodados em quartos privativos. Caso não seja possível, solicitamos encaminhar ao setor de hemodiálise, sala de infusão de imunobiológicos ou para o Núcleo Hemoterápico - quando nesta ocorrer atendimento ao público*03.
O procedimento não será realizado em enfermaria com outros pacientes e acompanhantes, devido sua complexidade*01.
4. Passagem de cateter duplo lúmen rígido (tipo de hemodiálise), específico para cada faixa etária com RX ou Ultrassonografia de controle, para maior segurança do procedimento*01.
5. O líquido de reposição: Plasma ou Albumina*01.
6. O termo de Consentimento de Plasmaférese (DOC-AFE-05), disponível na Agência Transfusional, deverá estar preenchido e assinado pelo paciente ou representante legal*03.
Antes do início de cada sessão de plasmaférese o hospital solicitante deverá disponibilizar para a equipe do Hemocentro Coordenador/MS*01:

- Hidrocortisona 500 mg 1 ampola
- Heparina – 1 frasco
- Dipirona 2ml/1.000mg - 1 ampola
- Difenidramina 50 mg 1 ampola
- Hemograma recente

Obs.: O não fornecimento dos medicamentos acima impossibilita a realização do procedimento*01.

Elaborado em Setembro de 2021/*Versão 01 - referente POP-AFE-16 v00

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1502 - FAX (67) 312.1533 - E-mail: diretoria@hemosul.ms.gov.br

*verso

1- Quando o líquido de reposição indicado for Plasma*01:

1.1 A agência transfusional do hospital, conforme rotina estabelecida de hemocomponentes, deverá solicitar plasma ao Hemocentro Coordenador/MS através da Requisição de Hemocomponentes – Com Prova Cruzada (DOC-DIST-08).
1.2 O Plasma a ser utilizado na sessão deverá ser previamente descongelado antes do início do procedimento (responsabilidade da agência transfusional).
1.3 materiais necessários antes de iniciar cada procedimento*01:

- 01 equipo macrogotas*01.
- 01 adaptador de soro*01.
- 04 seringas de 10 ml.
- 04 seringas de 03 ou 05 ml.
- 02 seringas de 20 ml.
- 10 agulhas para aspirar medicamento.
- Álcool 70%.
- 02 pacotes de gaze estéril.
- 04 ampolas de água para injeção de 10 ml.
- 01 saco de lixo leitoso (resíduo infectante).

OBS: Caso o Hemocentro Coordenador/MS não tenha Plasma Fresco Congelado com a tipagem sanguínea solicitada pelo médico, poderá ser utilizada outra tipagem compatível desde que o médico assistente prescreva*01.

2- Quando o líquido de reposição indicado for Albumina*01:

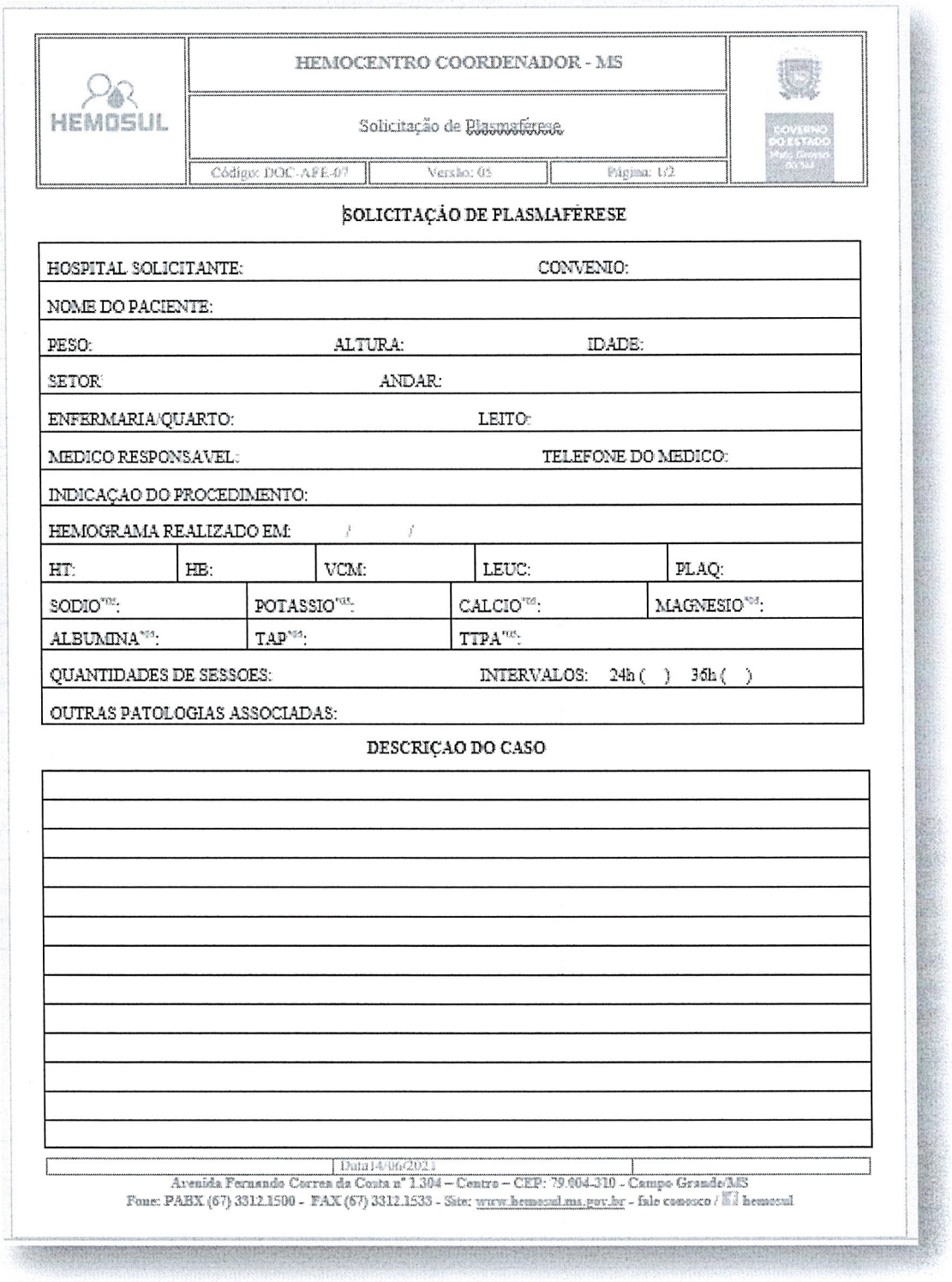
2.1 O hospital deverá deixar os frascos de albumina e o soro fisiológico solicitado à disposição da equipe do Hemocentro Coordenador/MS antes do início de cada sessão.
2.2 materiais necessários antes de iniciar cada procedimento *01:

- 01 equipo macrogotas*01
- 01 adaptador de soro (dispositivo de transferência, para mistura ou reconstituição de drogas com duas pontas)*01.
- 04 seringas de 10 ml.
- 04 seringas de 03 ou 05 ml.
- 05 seringas de 20 ml.
- 10 agulhas para aspirar medicamento.
- Álcool 70%.
- 02 pacotes de gaze estéril.
- 04 ampolas de água para injeção de 10 ml.
- 01 saco de lixo leitoso (resíduo infectante).

OBS: Em caso de óbito, transferência (mesmo que seja de setor no mesmo hospital) ou suspensão das sessões, o hospital deverá comunicar o Hemocentro Coordenador/MS*01.

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1503 - FAX (67) 312.1533 - E-mail: diretoria@hemosul.ms.gov.br

2. DOC-AFE-07 – SOLICITAÇÃO DE PLASMAFÉRESE



HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS		
	Solicitação de Plasmaférese		
	Código: DOC-AFE-07	Versão: 03	Página: 1/2

SOLICITAÇÃO DE PLASMAFÉRESE

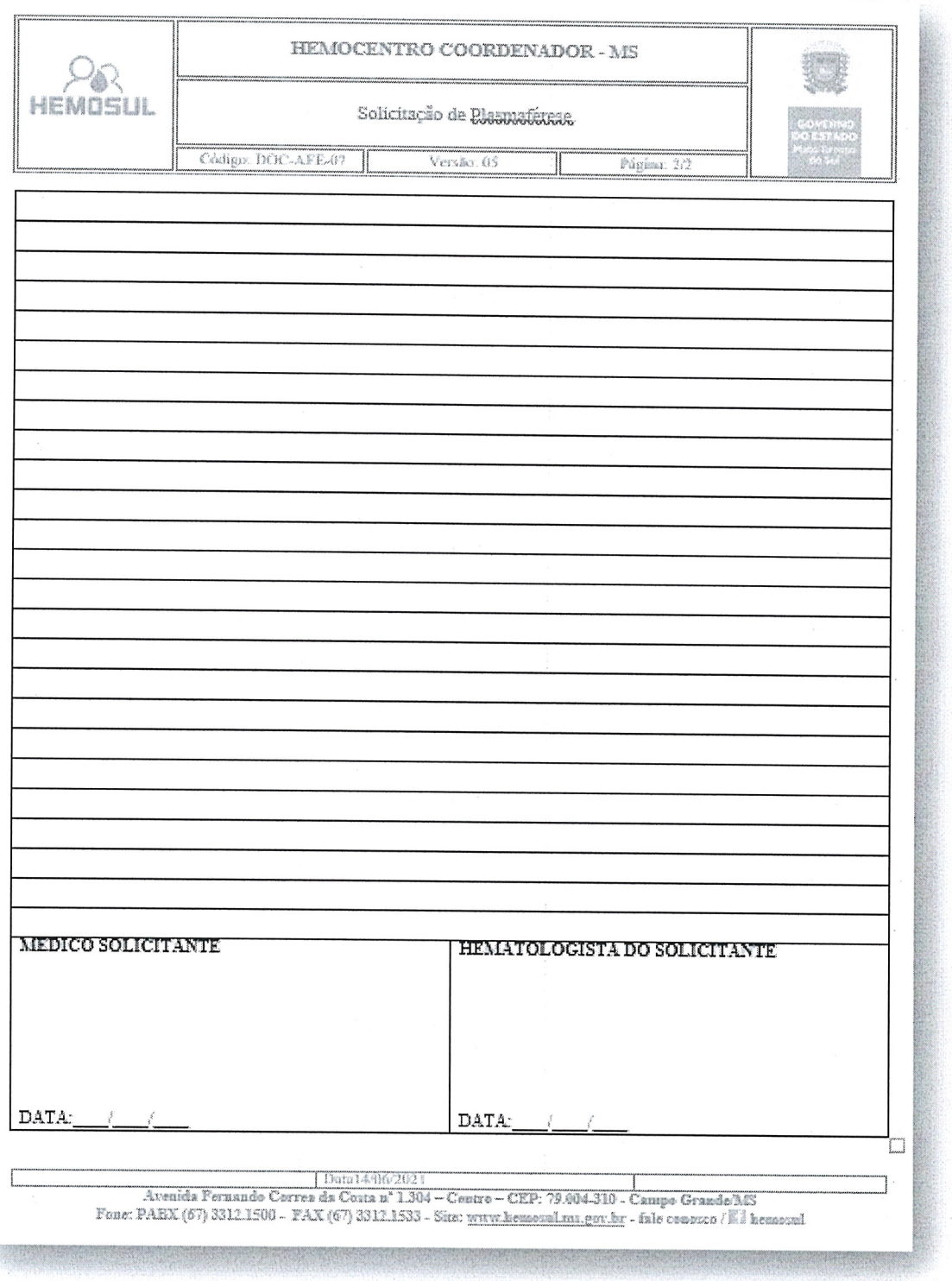
HOSPITAL SOLICITANTE:			CONVENIO:	
NOME DO PACIENTE:				
PESO:		ALTURA:	IDADE:	
SETOR:		ANDAR:		
ENFERMARIA/QUARTO:			LEITO:	
MEDICO RESPONSAVEL:			TELEFONE DO MEDICO:	
INDICAÇAO DO PROCEDIMENTO:				
HEMOGRAMA REALIZADO EM: / /				
HT:	HB:	VCM:	LEUC:	PLAQ:
SODIO[VOL]:	POTASSIO[VOL]:	CALCIO[VOL]:	MAGNESIO[VOL]:	
ALBUMINA[VOL]:	TAP[VOL]:	TTPA[VOL]:		
QUANTIDADES DE SESSOES:		INTERVALOS: 24h ( ) 36h ( )		
OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS:				

DESCRIÇAO DO CASO

Data:14/06/2023

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

*verso



HEMOCENTRO COORDENADOR - MS

Solicitação de Plasmaférese

Código: DOC-APFA07 | Versão: 05 | Página: 2/2

MÉDICO SOLICITANTE	HEMATOLOGISTA DO SOLICITANTE
DATA:___/___/___	DATA:___/___/___

Data14/06/2021

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS

Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

3. TERMO DE CONSENTIMENTO DE PLAMAFERESE

HEMOSUL	HEMOCENTRO COORDENADOR - MS			GOVERNO DO ESTADO Mato Grosso do Sul
	Termo de Consentimento de Plasmaferese			
	Código: DOC-AFE-05	Versão: 03	Página: 1/1	

TERMO DE CONSENTIMENTO

NOME DO PACIENTE : _____

CONVÊNIO: _____

UNIDADE HOSPITALAR: _____

RG: _____ SSP: _____ DATA NASCIMENTO: ___/___/____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: FEM.( ) MASC. ( )

MÃE : _____ RG: _____ SSP ____

CÔNJUGE : _____ RG: _____ SSP ____

RESPONSÁVEL LEGAL : _____ RG: _____ SSP ____

TELEFONE DE CONTATO[02]: _____

Eu, _____, abaixo assinado e acima qualificado (a), pelo presente instrumento **consinto** que o/a paciente acima citado (a) faça o procedimento de plasmaférese, estando ciente de como é realizado o procedimento e dos eventuais riscos que possam acontecer durante o processo. Declaro que tal procedimento foi esclarecido de maneira clara e objetiva pelo médico responsável pelo (a) paciente e que não tenho nenhuma dúvida quanto ao risco/benefício de tal procedimento[03].

Campo Grande, _____ de _____ de 2_____.

_____

	Data: 20/11/2019	

Avenida Fernando Correa da Costa nº 1.304 – Centro – CEP: 79.004-310 - Campo Grande/MS
Fone: PABX (67) 3312.1500 - FAX (67) 3312.1533 - Site: www.hemosul.ms.gov.br - fale conosco / hemosul

XV. Reclamações e Sugestões de Clientes

Para reclamações ou sugestões sobre os serviços, entrar em contato com:

HEMOSUL – HEMOCENTRO COORDENADOR - Av. Fernando Côrrea da Costa, n° 1304 – Centro –Cep. 79004-310 - Campo Grande / MS – Telefone (67) 3312-1558

Ouvidoria: http://www.hemosul.ms.gov.br/fale-conosco/

XVI. Horário de Atendimento:

O setor de distribuição de hemocomponentes do Hemocentro-Coordenador e agências transfusionais da Rede Hemosul MS terão atendimento 24hs em todas as unidades.

HEMOSUL COORDENADOR
Av. Fernando Correa da Costa, 1304, Centro - Campo Grande/MS
Fones: (67) 3312-1500 3312-1530

HEMOSUL SANTA CASA
Rua Rui Barbosa, 3633, Centro - Campo Grande/MS
Fones: (67) 3322-4135

HEMOSUL DOURADOS
Rua Waldomiro de Souza, 295, Vila Industrial
Fone: (67) 3424-4192

HEMOSUL TRÊS LAGOAS
Rua Manoel Rodrigues Artez, 520, Colinos
Fone: (67) 3522-7959

HEMOSUL PONTA PORÃ
Rua Sete de Setembro, s/n, Santa Isabel
Fone: (67) 3431-6134

HEMOSUL PARANAÍBA
Rua Selma Martins de Oliveira, 335, Ipê Branco I
Fone: (67) 3503-1026

Unidades de Armazenamento e Distribuição:

HEMOSUL HOSPITAL REGIONAL - HRMS
Rua Engenheiro Lutherio Lopes, 36, Aero Rancho - Campo Grande/MS
Fone: (67) 3378-2678

HEMOSUL AQUIDAUANA
Rua Duque de Caxias, 2061, Bairro Alto
Fone: (67) 3241-7578

HEMOSUL CORUMBÁ
Rua Colombo, 1250, Centro
Fone: (67) 3232-2470

HEMOSUL COXIM
Rua Gaspar Reis Coelho, 361, Bloco B - Bairro Flávio Garcia
Fone: (67) 3291-2906

HEMOSUL NAVIRAÍ
Rua Amélia Fukuda, 776, Centro
Fone: (67) 3461-7957

HEMOSUL NOVA ANDRADINA
Rua Eurico Soares de Andrade, 331, Vila Operária
Fone: (67) 3441-8543

Leitura recomendada

Covas D.T.; Ubiali E.M.A.; De Santis G.C. **Manual de Medicina Transfusional**. 2 a ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

Covas D.T.; Langhi Júnior D.M.; Bordin J.O. **Hemoterapia: fundamentos e prática**. 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2018.

Girello A.L.; Kühn T.I.B.de B. **Fundamentos da imunohematologia eritrocitária**. 4ª ed. São Paulo: Senac, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC 34**, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União No. 113, Seção 1 p. 50;

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria Conjunta ANVISA/SAS N° 370**, de 7 de maio de 2014. Dispõe sobre regulamento técnico-sanitário para o transporte de sangue e componentes. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/poc0370_07_05_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria - RDC N° 504**, 27 de maio de 2021. Dispõe sobre as boas práticas para o transporte de Material Biológico Humano. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-504-de-27-de-maio-de-2021-323008631

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação no. 5** - Anexo IV de 28 de setembro de 2017. Do sangue, componentes e derivados. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO	APROVAÇÃO	APROVAÇÃO
Faturamento	Gerente da Qualidade	Responsável Técnico	Coordenador Geral
Ass.:	Ass.:	Ass.: Dra. Rosania Maria Basegio Responsável Técnica do Hemosul CRM Nº 2183 - MS	Ass.: Marli Terezinha Micharki Vavas Matrícula 57218026 Coordenadora Geral da Rede Hemosul/MS HEMOSUL/MS
Data: 03 / 08 / 2022	Data: 03 / 08 / 2022	Data: 05/08/22	Data: 08/08/22