

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 1/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	2
1.PROGRAMA DE QUALIDADE NO IHEBE	5
MISSÃO.....	5
VISÃO.....	5
VALORES.....	5
2. INSTALAÇÕES FÍSICAS	6
3. EQUIPAMENTOS E INSUMOS	6
4. CONTRATO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	6
5. LICENÇA DE FUNCIONAMENTO E RESPONSABILIDADES TÉCNICAS	8
6. TREINAMENTO INICIAL E PERIÓDICO	
7. ATO TRANSFUSIONAL	
7.1 SOLICITAÇÕES DE TRANSFUSÕES	
7.2 COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE	
7.2.1 Procedimento da coleta	
7.3 EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS	9
7.4 TRANSPORTE DE AMOSTRAS E HEMOCOMPONENTES	
7.5 ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES	
7.6 INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS TRANSFUSÕES	
7.6.1 Instalação de Hemocomponentes	
7.6.1.2 Ações diante de um Incidente Transfusional	
7.6.2 Infusão de Hemoderivados	
8. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES OU REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	14
9. DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	
10. DESTINO FINAL E MONITORAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES ENVIADOS PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE	17

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 2/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

11. SOROCONVERSÃO EM DOADORES DE SANGUE.....	17
11.1 RASTREAMENTO DE RECEPTORES:	17
11.2 CONVERSÃO DE EXAME PARA DOENÇAS INFECCIOSAS EM RECEPTORES DE TRANSFUSÃO	18
11.3 POSITIVIDADE EM TESTE MICROBIOLÓGICO DE HEMOCOMPONENTES	19
12. OUVIDORIA: ELOGIOS, SUGESTÃO E MANIFESTAÇÃO	19
13. CAPTAÇÃO DE DOADORES	
14. LEITURA RECOMENDADA	
.....	19

APRESENTAÇÃO

O presente Manual tem como finalidade orientar todos os dirigentes de Hospitais/Clínicas (Parceiros) que têm interesse de trabalhar em parceria com o Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Belém – IHEBE, com a instalação de uma Agência Transfusional (AT) intra-hospitalar, ou com a utilização dos Serviços Hemoterápicos em seus pacientes internados ou atendidos ambulatorialmente para transfusão de sangue, hemocomponentes e sangria terapêutica, através de atendimentos por nossos colaboradores da AT Sede, localizada na Travessa Mauriti 3085 – 1º andar, bairro do Marco, com atendimento 24h através dos telefones: 3246-8292 / 9198134-6900.

Outro objetivo desse manual é implementar ações estratégicas destinadas desde as instalações, contratos, documentações necessárias, treinamentos e orientações de atendimento tanto pelo IHEBE como por cada Hospitais/Clínicas (Parceiros) contratados, garantindo a qualidade do atendimento para os pacientes necessitados dos serviços hemoterápicos disponibilizados pelo IHEBE.

O IHEBE é uma empresa privada com 23 anos de atuação em Belém e mais recentemente já atendendo em Ananindeua. Totalizando atualmente uma média de 1500 distribuição de componentes sanguíneos por mês , onde presta atendimento num total de 26 Hospitais/Clínicas. Para tal atendimento, o IHEBE cumpre a legislação ministerial vigente, além de seguir as recomendações do Padrão para Bancos de Sangue e Serviços de Transfusão (AABB/ABHH) e American Association

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 3/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

of Blood Banks - (AABB), gerenciando suas atividades de cadastro e triagem de doadores, doação de sangue, exames laboratoriais imunohematológicos, triagem sorológica, biologia molecular além de outros, processamento, armazenamento e distribuição de hemocomponentes, controlando e rastreando seus produtos junto às suas Agências Transfusionais próprias que atendem todos os Hospitais/Clínicas parceiros.

Além da Sede, o complexo IHEBE atualmente é constituído também por um prédio anexo (Arquivo de Documentos), 05 Agências Transfusionais (AT) Intra-hospitalares (Hospital Adventista de Belém, Hospital D. Luiz, Hospital Porto Dias, Hospital Saúde da Mulher e Hospital Prime da UNIMED) e 01 Agência transfusional a distância localizada no 1º andar do prédio principal (AT-Sede).

O Instituto, além de cumprir com o seu papel técnico na distribuição e fornecimento de sangue e hemocomponentes aos Hospitais/Clínicas contratados, atua na área social, através da conscientização e captação da população saudável e disponível para DOAR SANGUE, com finalidades de manter estoque de sangue e hemocomponentes para atendimento das demandas conforme as solicitações médicas. Atualmente faz em torno de 1.300 coletas por mês, entretanto, para garantia da demanda necessária há necessidade de um incremento do quantitativo de coletas que deve ser através da doação de amigos e familiares dos pacientes atendidos, como também, da sensibilização dos colaboradores dos parceiros por meio de campanhas semestrais a serem organizadas pelo Serviço Social do IHEBE com aprovação da gestão do Hospital/Clínica e executada dentro das instalações em espaços previamente definidos e adaptados para doação de sangue.

Os atuais e/ou futuros clientes (Hospitais/Clínicas) do IHEBE, conforme comunicação prévia entre sua Direção e o IHEBE, decidirão a forma ideal de atendimento para os pacientes, através de análise de dados relacionados aos números de leitos, tipos de convênios e de atendimentos pelos serviços interessados. Após definição e entendimento, cumprindo os processos definidos pelo IHEBE, será definida e oficializada por contrato a instalação da Agência Transfusional.

A Agência Transfusional tipo 1 ou Agência Intra-Hospitalar é uma unidade de localização intra-hospitalar, com colaboradores e administração do IHEBE, que armazena, realiza testes pré-transfusionais e libera os hemocomponentes conforme solicitações e prescrições médicas para realização do ato transfusional pelos parceiros.

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 4/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

A Agência Transfusional tipo 2 ou Agência à distância 9 Extra-Hospitalar), onde não há o estoque de sangue e hemocomponentes dentro das instalações do Hospital/Clínica, sendo o atendimento realizado pela AT-Sede do IHEBE, que buscará através de seus hemocondutores as amostras de sangue dos pacientes, procederá com os testes pré-transfusionais e irá entregar os produtos já compatibilizados para serem transfundidos pelo Hospital/Clínica parceiro.

14 de dezembro de 2023.

Murilo Chermont Azevedo

Maria do Socorro de Oliveira Cardoso

Diretor Executivo do IHEBE

Diretora Médica do IHEBE (RT) / COUHEMO

Eduardo José Cardoso

Coordenadoria de Administração e Finanças

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 5/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

1. PROGRAMA DE QUALIDADE NO IHEBE

O IHEBE procura gerar produtos seguros e serviços confiáveis através de melhorias contínuas em todas as suas atividades e interagindo com instituições, fornecedores, colaboradores e clientes e atua em seus processos cumprindo normas e legislações vigentes. Atualmente tem seu programa de Qualidade em amplo funcionamento.

MISSÃO

Promover a solução completa para a saúde do sangue

VISÃO

Ser reconhecido como serviço privado de referência Regional em Hematologia e Hemoterapia

VALORES

Sustentabilidade

Ética

Excelência

Segurança

Humanização

Comprometimento

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 6/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS

As instalações de uma Agência Transfusional requerem a aprovação da Vigilância Sanitária da localidade onde será definida, além do cumprimento de legislação relacionada aos serviços Hemoterápicos como exemplo:

Portaria de Consolidação nº5, Anexo IV de 2017 e RDC nº 34 de 2014 do Ministério da Saúde.

Orienta-se que nas AT's intra-hospitalares, tenha um espaço físico adequado e de fácil acesso aos funcionários e de localização o mais próximo possível de ambientes que podem gerar URGÊNCIAS DE ATENDIMENTOS, tais como, Pronto Socorro, Centros Cirúrgicos e Obstétricos, Hemodiálise além de Unidades de Terapia Intensiva.

As instalações elétricas do espaço devem ser adequadas para equipamentos de voltagens 127/220V.

Dentro das possibilidades, o espaço deve assegurar a separação da área técnica e administrativa, além de espaço para repouso noturno, banheiro interno ou próximo.

3. EQUIPAMENTOS E INSUMOS

Os Equipamentos e insumo utilizados na AT, são normalmente de responsabilidade do IHEBE, entretanto podem ser cedidos pelo Hospital /clínica, sendo controlados pelo IHEBE conforme exigências legais.

4. CONTRATO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Os contratos para fornecimento de hemocomponentes e realização de exames poderão ser estabelecidos mediante a manifestação formal dos Hospitais/Clínicas (FAPC-Formulário de análise de pré-contrato) – (Figura 01), 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 na sequência:

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:

- Nomes e dados jurídicos das instituições envolvidas;

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 7/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

- Responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das partes, respeitando-se todas as normas técnicas;
- Responsabilidade pelo transporte adequado do sangue e seus componentes;
- Penalidades para o não cumprimento das obrigações e vigência.

Documentos Necessários:

- Cadastro do CNPJ;
- CNES;
- Número do CPF e RG do Responsável pela Instituição Hospitalar;
- Quando o responsável/ Diretor do Hospital/Clínica for médico, solicita-se o CRM;
- Alvará da Instituição Hospitalar onde está instalada a AT expedido pela Vigilância Sanitária;
- Alvará da Agência Transfusional expedido pela Vigilância Sanitária;
- Número do CPF e RG do Responsável Técnico.

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM		Data 1ª versão: 06/06/2023 Ult. Revisão: 06/06/2023
	FORMULÁRIO DE ANÁLISE DE PRÉ-CONTRATO (FAPC)		
INSTITUIÇÃO	PREENCHIMENTO DO CONTRATO		
	DATA: _____		
	CLIENTE: _____		
	ENDEREÇO: _____		
	Nº _____ COMPLEMENTO: _____		
	CIDADE: _____	ESTADO: _____	CEP: _____
	TELEFONE: _____		FAX: _____
	CNPJ: _____	IE: _____	
	Email: _____		
	Responsável pelo contato: _____	Nº de leito Enfermaria: _____	Nº de leito CT/UTI: _____
TÉCNICO	ESPECIALIDADES		
	01	07	
	02	08	
	03	09	
	04	10	
	05	11	
	06	12	
	EXECUTA CIRURGIAS CARDÍACAS? () SIM () NÃO		
	COMPONENTE SANGÜÍNEO		
	QUANTIDADE		
OUTROS	ESTIMATIVA DE USO		
	HEMACIAS		
	PLASMA FRESCO		
	PLAQUETAS		
	OUTROS		
	DATA DE INÍCIO PREVISTA PARA: ____/____/____		
	INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		

	DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA		
	CNPJ		
	CNES		
	ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO		
	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO		

	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		

(Figura 01) – Formulário de análise de pré-contrato

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 8/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

Diante da avaliação dos dados e documentos encaminhados o conselhor Diretor do IHEBE decidirá da intenção em formalizar o contrato com o Hospital / Clínica solicitante e também definirá juntamente com a Direção do parceiro o modelo adequado da Agencia e/ou maneira do atendimento hemoterápico.

5. LICENÇA DE FUNCIONAMENTO E RESPONSABILIDADES TÉCNICAS

Os documentos legais de Responsabilidade Técnica (RT) da AT junto à Vigilância Sanitária (VISA) local e Conselho Regional de Medicina (CRM) são de Responsabilidade do IHEBE.

O Alvará de localização e o CNES do Hospital/Clínica deverão ser de responsabilidade do Parceiro, além do CRM do RT e Alvará da vigilância sanitária.

6. TREINAMENTO INICIAL E PERIÓDICO

Cumprindo a legislação vigente, o IHEBE, realiza treinamento dos profissionais (multiplicadores) que exerçam atividades relacionadas à hemoterapia na área técnica dos Hospitais / Clinicas conveniados com o Instituto.

Na instalação da AT ou início da prestação das atividades de hemoterapia pelo IHEBE, como também periodicamente conforme cronograma anual ou de necessidades surgidas, o treinamento dos colaboradores da AT e dos parceiros, serão executados por profissionais capacitados do IHEBE.

7. ATO TRANSFUSIONAL

7.1 SOLICITAÇÕES DE TRANSFUSÕES

Cabe ao médico prescritor preencher obrigatoriamente todos os espaços constantes da frente da Solicitação de Sangue com os dados de identificação do paciente e da prescrição do (s) produto (s) a ser (em) transfundido (s), além de preencher, deverá assinar, carimbar e datar o documento (Figura 02).

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 9/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	



INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM

Tv. Mauriti, 3085, 66093-681 Belém-Pará
Fones: 3246-8292/ 98134-7094/ 981347042
E-mail: ihebe@ihebe.com.br

Análise do RT da AT

SOLICITAÇÃO DE SANGUE, COMPONENTES E SANGRIA TERAPÊUTICA

Paciente: _____ D.N. ____/____/____
Nome da Mãe: _____
Hospital/Clinica: _____ Leito: _____ Reg.: _____
Peso: _____ Sexo: _____ Recebeu Transfusão? _____ Quando? _____
Antecedentes de Anticorpo Irregular? () Sim () Não () Desconhecido Convênio: _____
Hb/Ht: _____ g/dL Plaquetas: _____ mm³ TP/INR: _____ TTPA: _____ Fibrinogênio: _____
Indicação Clínica/Cirurgia Proposta: _____
Diagnóstico: _____

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

- () Emergência (sem teste de compatibilidade) – vide Termo de responsabilidade
() Urgência relativa: atendimento até 03 horas da solicitação
() Rotina normal de atendimento: até 24 horas da solicitação
() Programada para: ____/____/____ Hora: ____:____

Obs.: A reserva de sangue para cirurgia eletiva deverá ser solicitada neste impresso e encaminhada com o paciente à Agência Transfusional com antecedência de 03 (três) dias do procedimento.

PRODUTOS E PROCEDIMENTOS

____ Unidade(s) /ml de Conc. Hemácias (CH) ±300ml
____ Unidade(s) /ml de Plasma Fresco Congelado (PFC)..... ±200ml
____ Unidade(s) /ml de Concentrado de Plaquetas (CP) ± 60ml
____ Unidade(s) /ml de Plaquetas por Aférese (CPA). ±300ml
____ Unidade(s) /ml de Crioprecipitado (CRIO). ± 40ml

Outros Produtos: _____

Procedimentos especiais: () Filtração () Irradiação () Fenotipagem () Lavagem

Sangria Terapêutica: retirada de _____ ml de sangue total.

Plasmaférese Terapêutica: _____ Sessões (Anexar laudo e guia de autorização do convênio).

Obs.: Conforme normas técnicas, esta solicitação, assim como o termo de esclarecimento (vide verso), deverão ser completamente preenchidos, assinados e carimbados pelo médico. O médico deverá aplicar o termo e informar ao paciente/familiar sobre o procedimento transfusional.

Médico Solicitante _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura/CRM e Carimbo

AMOSTRA 1

AMOSTRA 2 (Paciente de 1ª vez)

____/____/____
Coletado por(Ass./carimbo) Data/Hora

____/____/____
Coletado por(Ass./carimbo) Data/Hora

____/____/____
Conferido por(Ass./carimbo) Data/Hora

____/____/____
Conferido por(Ass./carimbo) Data/Hora

ABO/Rh(D): _____ PAI 1: _____ PAI 2: _____ AC: _____ TAD: _____

Responsável pelos exames: _____ Data/Hora: ____/____/____

Liberado por: _____ Data/Hora: ____/____/____

Data/hora	CS	ABO/Rh(D)	Nº Bolsa	Nº Tubo Coletor	Resultado	Data ValidadeCS	Ass.

AGETRA-RGT-006-Solicitação de sangue, componentes e sangria terapêutica. Rev.02

Figura 02: Foto da frente da solicitação

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 10/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	



TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÕES DE HEMOCOMPONENTES.

1 - Informações Gerais: As transfusões de sangue têm objetivo de repor componentes, como hemácias, plaquetas ou fatores da coagulação e são indicadas quando o paciente tem necessidade aguda como nos tratamentos de anemias severas ou hemorragias significativas, além do uso em procedimentos cirúrgicos.

Os hemocomponentes transfundidos neste Hospital são provenientes de **DOADORES VOLUNTÁRIOS**, razão pela qual, solicita-se a cooperação de familiares e amigos no sentido de realizarem **DOAÇÕES DE SANGUE** para repor os componentes utilizados, ou mesmo para a manutenção do estoque em níveis adequados para o bom atendimento dos pacientes.

2 - Riscos: Embora as transfusões de sangue apresentem benefícios, elas também podem apresentar riscos. Esta relação risco/ benefício é considerada pelo médico ao indicar a transfusão. Todas as transfusões são realizadas com componentes que **apresentam resultados sorológicos negativos** para Hepatite "B", Hepatite "C", Doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV/1/2, inclusive com testes moleculares para Hepatite B, Hepatite C e HIV, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Assim como em qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes e métodos mais modernos que a medicina permite para os parâmetros acima citados é possível, excepcionalmente, a ocorrência de reações ou efeitos colaterais, inclusive a transmissão de doenças infecciosas, pois em casos de infecções muito recentes por parte do doador, os exames podem não ser capazes de detectar.

3- Tratamentos alternativos: Transfusões de hemácias em pacientes hemodinamicamente estáveis, as terapias alternativas (ferro, B12, ácido fólico, eritropoetina, imunoglobulina e/ou corticóide) devem ser consideradas pelo médico prescriptor.

4- Consentimento:

() **NÃO ACEITO** receber transfusões de sangue e/ou seus componentes.

() **ACEITO** receber transfusões de sangue e/ou seus componentes. Fiquei esclarecido em relação ao ato transfusional e com minha assinatura estou dando consentimento para que o Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Belém-IHEBE, a pedido de meu médico, faça a administração de hemocomponentes durante minha estada, conforme julgar necessário.



Ass. legível do Paciente/RG

Ass. legível do Responsável com grau de parentesco/RG
(1º ou 2º grau)

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____

Belém-PA ____/____/____

Hora: ____:____

TERMO DE RESPONSABILIDADE / TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

A transfusão sem teste de compatibilidade somente é indicada em situação de ALTO RISCO DE MORTE, onde os exames imunohematológicos não serão feitos completamente antes da entrega do produto. Entretanto, serão continuados até a prova de compatibilidade no laboratório da Agência Transfusional. Tenho conhecimento dos riscos em decorrência deste tipo de transfusão, entretanto, concordo com o procedimento, tendo em vista a gravidade do paciente.

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____ Data: ____/____/____

TERMO DE TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL

Há situações clínicas, como por exemplo: doenças autoimunes, neoplasias e outras em que não há concentrado de hemácias compatíveis para o receptor. Neste caso, o médico hemoterapeuta em conjunto com o médico assistente podem realizar uma avaliação da situação do paciente. Tenho conhecimento da incompatibilidade e autorizo a transfusão, tendo em vista a gravidade do paciente.

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____ Data: ____/____/____

Figura 03: Foto do verso da solicitação

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 11/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

No verso da solicitação de sangue, o médico prescritor deverá assinar, carimbar e datar, os termos de responsabilidade, Transfusão de emergência e/ou Termo para Transfusão Incompatível de acordo com a situação (Figura 03).

No caso de o Hospital/Clínica dispor de sistema informatizado, estes devem adequar a solicitação de sangue e os termos no seu Programa de Informática aos padrões do IHEBE e enviar cópia completamente preenchida ao IHEBE, juntamente com a amostra coletada e identificada conforme orientações/protocolos estabelecidos para o atendimento dos pacientes. Sempre com o preenchimento completo, sem abreviaturas ou rasuras. Deve estar assinado, datado e carimbado pelo médico.

As transfusões de urgência e emergência terão atendimento prioritário. Para isso, o médico deverá assinar o caráter de urgência para aqueles pacientes que podem aguardar até 03 horas para o início da transfusão e emergências para aqueles com risco de morte e não podem aguardar a conclusão dos exames pré-transfusionais, entretanto, os testes são concluídos (Figura 04).

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

- () Emergência (sem teste de compatibilidade) – vide Termo de responsabilidade
- () Urgência relativa: atendimento até 03 horas da solicitação
- () Rotina normal de atendimento: até 24 horas da solicitação
- () Programada para: ____/____/____ Hora: ____:____.

Obs.: A reserva de sangue para cirurgia eletiva deverá ser solicitada neste impresso e encaminhada com o paciente à Agência Transfusional com antecedência de 03 (três) dias do procedimento.

Figura 04: Prioridade de atendimento

O médico prescritor, além do preenchimento da solicitação e da prescrição no prontuário, TAMBÉM deverá aplicar o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para transfusão de Hemocomponentes, o qual se encontra no verso da Solicitação de sangue, componentes e sangria terapêutica, junto ao paciente ou ao acompanhante (com o Cuidado de colocar o grau de parentesco do acompanhante, por não ser permitido "cuidadores" assinarem o termo), explicando os riscos/benefícios da transfusão, datar, assinar, carimbar e solicitar a ciência do respectivo paciente/acompanhante (Figura 03).

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 12/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	



TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÕES DE HEMOCOMPONENTES.

1 - Informações Gerais: As transfusões de sangue têm objetivo de repor componentes, como hemácias, plaquetas ou fatores da coagulação e são indicadas quando o paciente tem necessidade aguda como nos tratamentos de anemias severas ou hemorragias significativas, além do uso em procedimentos cirúrgicos.

Os hemocomponentes transfundidos neste Hospital são provenientes de **DOADORES VOLUNTÁRIOS**, razão pela qual, solicita-se a cooperação de familiares e amigos no sentido de realizarem **DOAÇÕES DE SANGUE** para repor os componentes utilizados, ou mesmo para a manutenção do estoque em níveis adequados para o bom atendimento dos pacientes.

2 - Riscos: Embora as transfusões de sangue apresentem benefícios, elas também podem apresentar riscos. Esta relação risco/ benefício é considerada pelo médico ao indicar a transfusão. Todas as transfusões são realizadas com componentes que **apresentam resultados sorológicos negativos** para Hepatite "B", Hepatite "C", Doença de Chagas, Sífilis, AIDS e HTLV/1/2, inclusive com testes moleculares para Hepatite B, Hepatite C e HIV, conforme recomendações do Ministério da Saúde. Assim como em qualquer ato médico, mesmo com a realização de todos os testes e métodos mais modernos que a medicina permite para os parâmetros acima citados é possível, excepcionalmente, a ocorrência de reações ou efeitos colaterais, inclusive a transmissão de doenças infecciosas, pois em casos de infecções muito recentes por parte do doador, os exames podem não ser capazes de detectar.

3-Tratamentos alternativos: Transfusões de hemácias em pacientes hemodinamicamente estáveis, as terapias alternativas (ferro, B12, ácido fólico, eritropoetina, imunoglobulina e/ou corticóide) devem ser consideradas pelo médico prescritor.

4- Consentimento:

() NÃO ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes.

() ACEITO receber transfusões de sangue e/ou seus componentes. Fiquei esclarecido em relação ao ato transfusional e com minha assinatura estou dando consentimento para que o Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Belém-IHEBE, a pedido de meu médico, faça a administração de hemocomponentes durante minha estada, conforme julgar necessário.

Ass. legível do Paciente/RG

Ass. legível do Responsável com grau de parentesco/RG
(1º ou 2º grau)

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____

Belém-PA ____/____/____

Hora: ____:____

TERMO DE RESPONSABILIDADE / TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

A transfusão sem teste de compatibilidade somente é indicada em situação de ALTO RISCO DE MORTE, onde os exames imunohematológicos não serão feitos completamente antes da entrega do produto. Entretanto, serão continuados até a prova de compatibilidade no laboratório da Agência Transfusional. Tenho conhecimento dos riscos em decorrência deste tipo de transfusão, entretanto, concordo com o procedimento, tendo em vista a gravidade do paciente.

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____ Data: ____/____/____

TERMO DE TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL

Há situações clínicas, como por exemplo: doenças autoimunes, neoplasias e outras em que não há concentrado de hemácias compatíveis para o receptor. Neste caso, o médico hemoterapeuta em conjunto com o médico assistente podem realizar uma avaliação da situação do paciente. Tenho conhecimento da incompatibilidade e autorizo a transfusão, tendo em vista a gravidade do paciente.

Médico solicitante Ass./CRM Carimbo: _____ Data: ____/____/____

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 13/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

Figura 03: Termo de consentimento para transfusão de hemocomponentes.

7.2 COLETA DE AMOSTRAS DE SANGUE

Em AT intra-hospitalar , o IHEBE realiza a coleta de amostras de sangue dos pacientes internados nos Hospitais/Clínicas, exceto nos pacientes internados em UTI, centro cirúrgico e isolamentos.

No caso de AT à distância (AT SEDE), a coleta de amostras será realizada pela equipe do próprio estabelecimento, equipe esta devidamente treinada e capacitada previamente pelo IHEBE. O colaborador do Hospital/Clínica que realizar a coleta de amostra deve obrigatoriamente, preencher os campos na frente da solicitação de sangue (espaço reservado exclusivamente para Hospital/Clínica) com o nome completo do funcionário coletador, data e hora da coleta da amostra (Figura 05), além de preencher completamente as etiquetas de identificação de amostras (Figura 06).

AMOSTRA 1

Coletado por(Ass./carimbo) ____/____/____ :____
Conferido por(Ass./carimbo) ____/____/____ :____

AMOSTRA 2 (Paciente de 1ª vez)

Coletado por(Ass./carimbo) ____/____/____ :____
Conferido por(Ass./carimbo) ____/____/____ :____

Figura 05: Campo do verso da Solicitação de Sangue, Componentes e Sangria Terapêutica.

Pac: _____		
DN: ____/____/____	Reg: _____	
Hosp: _____	Leito: _____	
Coletado por: _____		
Conferido por: _____		
Data: ____/____/____	Hora: _____	

Figura 06: Etiqueta da amostra

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 14/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

As amostras de sangue devem ser coletadas seguindo-se padrão formalizado pelo IHEBE, observando-se que sempre diante de uma solicitação de transfusão, obrigatoriamente, deve-se acionar o IHEBE informando da transfusão, o qual deverá pesquisar o histórico transfusional do paciente, ou seja, primeira transfusão (coletar 2 amostras com intervalo de 10 a 15 minutos) e pacientes já cadastrados, coletar apenas 1 amostra.

7.2.1 Procedimento da coleta:

- Identificar o tubo de amostra (EDTA) com a Etiqueta de Identificação da amostra de paciente, afixada, contendo informações unívocas do paciente, incluindo dois identificadores independentes (nome completo do receptor, data de nascimento), registro, hospital, leito, nome do coletador e do conferencistas, data e hora da coleta.
- Proceder a coleta da 1ª amostra – pacientes de primeira transfusão no IHEBE:
- Colocar o paciente na posição adequada;
- Fazer a inspeção visual da rede venosa;
- Garrotear membro escolhido;
- Palpar o vaso mais acessível;
- Desprender o garrote;
- Escolher veia adequada, de preferência longe das pregas articulares;
- Fazer assepsia do local de punção, com gaze embebida em álcool 70°C em movimentos concêntricos do ponto da punção à periferia, usando pinça kelly, numa área de 4-5 cm;
- Segurar o braço do paciente de forma que a veia selecionada fique bem visível e tracionada;
- Posicionar o cateter ao nível da pele para penetrar a veia (num ângulo de 45º da pele);
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima através da pele com movimento lento e contínuo;
- Visualizar o refluxo do sangue pelo cateter para certificação de que o mesmo se encontra dentro do vaso;
- Soltar o garrote e solicitar ao cliente para abrir a mão;
- Pressionar a veia acima da extremidade do cateter com o dedo, a fim de evitar refluxo do sangue e remover lentamente a agulha, mantendo apenas o cateter inserido no paciente;
- Aspirar delicadamente $\pm$ 3 a 5 ml de sangue;

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 15/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

- Despejar lentamente no tubo de amostra, devidamente identificado, com a seringa inclinada;
- Acionar enfermagem e/ou médico, caso não consiga puncionar a veia.
- Desprezar a agulha em coletor perfuro cortante no Posto de Enfermagem;
- Desprezar seringa e luva em lixo comum se não estiverem sujas com material biológico, e se estiverem sujas descartar no lixo infectante no Posto de Enfermagem;
- Realizar a dupla-conferência da identificação da amostra coletada, junto ao paciente;
- Salinizar o acesso e orientar o paciente para aguardar 10 a 15 minutos para coletar a 2ª amostra, caso o paciente for de 1ª vez no IHEBE. Caso já possua histórico transfusional pelo IHEBE (informado pelo IHEBE se paciente já é cadastrado ou não) procede-se com a aplicação do curativo.
- Verificar a identificação do tubo da amostra com a Etiqueta de Identificação da Amostra de Paciente que deve conter nome completo do receptor, data de nascimento, registro, hospital, leito, nome do coletador e do conferencistas, data e hora da coleta.
- Recolher o Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Transfusões de Hemocomponentes e a Prescrição Médica devidamente assinados e carimbados;

7.3 EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

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

Os exames imunohematológicos pré-transfusionais, são todos de responsabilidade do IHEBE e são realizados na AT do Hospital ou em casos sem AT, são feitos na AT Sede do IHEBE.

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 16/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

7.4 TRANSPORTE DE AMOSTRAS E HEMOCOMPONENTES

Em AT intra-hospitalar tanto as amostras de pacientes como os produtos a transfundir serão transportados em containers específicos e com controle de temperatura pelos colaboradores do IHEBE.

O transporte aos Hospitais/Clínicas parceiras deverá ser realizado pelos hemocondutores do IHEBE obedecendo as regras estabelecidas de biossegurança e também de acondicionamentos adequados.

Situações onde o hemocomponente NÃO for procedente do IHEBE, o Instituto NÃO se responsabilizará pelo transporte de amostras de sangue e hemocomponentes solicitados.

7.5 ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES

Em AT intra-hospitalar, os hemocomponentes devem ficar armazenados em câmaras de conservações com temperaturas controladas pelos colaboradores da AT em intervalos definidos e registradas em mapas individuais por equipamento (Figura 07). Só serão disponibilizados para os pacientes internados, após liberados para transfusão no término dos testes pré-transfusionais, exceto em situações de extrema urgência definido pelo médico prescritor.

IHEBE		INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM																Data 1ª versão: 23/01/2015						
		MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA																Ult. Revisão: 11/04/2022						
Setor:		Mês/Ano:				Equipamento ID - Marca/modelo:												Nº Série:						
Dia	03:00	Min	Máx	Resp	07:00	Min	Máx	Resp	11:00	Min	Máx	Resp	15:00	Min	Máx	Resp	19:00	Min	Máx	Resp	23:00	Min	Máx	Resp
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								

Patrimônio: _____ Temperatura ideal: 2°C a 6°C Identificação de termômetro N° em uso: _____

IESFE-RGT-006 Mapa de controle de temperatura. Rev 02

Figura 07: mapa de controle de temperatura

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 17/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

Quando os componentes liberados para o ato transfusional não forem instalados imediatamente no paciente, estes não devem ultrapassar 30 minutos fora da temperatura controlada das câmaras de refrigeração da AT. Caso não tenham sido violadas com o equipo de transfusão, deverão retornar para a AT e serão reenviadas no momento adequado quando solicitado. Se violadas, o procedimento será explicado no item DEVOLUÇÃO.

Em Hospitais/clínicas atendidos pela AT SEDE, ou seja, sem AT intra-hospitalar, os hemocomponentes deverão ser acondicionados em refrigeradores específicos para armazenamento de hemocomponentes, cujas temperaturas serão controladas, registradas em mapa de controle de temperatura e encaminhadas ao IHEBE mensalmente.

7.6 INSTALAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

É de responsabilidade dos colaboradores dos Hospitais/Clínicas independente do tipo de AT.

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 e deverão ser infundidos em no máximo 04 horas. Os plasmas frescos descongelados deverão ser infundidos logo após a entrega e não ultrapassar 01 hora de transfusão. Os concentrados de plaquetas devem ser transfundidos imediatamente após a entrega.

Os hemocomponentes nunca devem permanecer por muito tempo sobre os balcões das unidades, aguardando instalação e nem serem inadequadamente conservados em refrigeradores domésticos dos postos de enfermagem. 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.

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 18/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

A instalação do produto 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.

7.6.1. Instalação de Hemocomponentes:

- Verificar a prescrição médica no prontuário físico e/ou eletrônico do receptor;
- Identificar-se ao receptor/paciente;
- Acomodar o receptor confortavelmente no leito;
- Solicitar ao paciente que se identifique se possível ou ao acompanhante. A identificação do paciente deve conter pelo menos dois marcadores de segurança. As boas práticas na saúde utilizam o nome completo do paciente e sua data de nascimento. Para casos de homônimos, utiliza-se o nome completo da mãe do paciente;
- Informar o receptor sobre o procedimento a ser realizado;
- Verificar os sinais vitais (Pressão Arterial, Temperatura, Pulso e Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória). Se o receptor for portador de cardiopatia, verificar a PA a cada hora; se houver alteração dos sinais vitais comunicar ao médico assistente ou de plantão, antes de iniciar a transfusão e proceder de acordo com a orientação médica;
- Duas pessoas devem realizar a dupla-conferência do hemocomponente na presença do paciente para confirmar a identificação do receptor e a compatibilidade do componente do sangue, utilizando dois identificadores independentes: Cartão de Identificação do Receptor e componente sanguíneo;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Escolher calibre do cateter intravenoso periférico (jelco) ou scalp borboleta de acordo com o componente sanguíneo a ser transfundido;
- Usar Scalp 19 – Concentrado de hemácias e de Plaquetas; Usar Scalp 21 – Plasma; Usar Scalp 23 – para uso em receptor pediátrico;
- Conectar equipo de transfusão à bolsa de componente sanguíneo e retirar o ar da conexão;
- Caso o receptor esteja com soro fisiológico 0,9%(S.F 0,9%) para manter o acesso salinizado, suspender o soro e instalar o produto em acesso mantida e seguir para o passo “Conectar o equipo de transfusão ao cateter intravenoso (scalp/ jelco)”;
- Escolher veia adequada, de preferência longe das pregas articulares;

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 19/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

- Fazer assepsia do local de punção, com gaze embebida em álcool 70°C em movimentos concêntricos do ponto da punção à periferia, usando pinça kelly, numa área de 4-5 cm;
- Aguardar a secagem espontânea do álcool no tempo de 30 segundos, não sendo permitido abanar ou assoprar;
- Caso precise tocar novamente no local da punção, proceder novamente a antissepsia e não voltar a tocar;
- Fazer a punção venosa;
- Fixar o scalp/jelco com esparadrapo;
- Conectar equipo de transfusão a bolsa de componente sanguíneo e retirar o ar da conexão;
- Conectar o equipo de transfusão ao cateter intravenoso (scalp/jelco);
- Abrir a chave do equipo;
- Controlar o gotejamento: 15 a 20 gotas/minutos nos 10 minutos iniciais e, depois de acordo com a prescrição médica;
- Registrar no Cartão de Identificação do Receptor e no prontuário/sistema eletrônico: horário de início e sinais vitais iniciais
- Acompanhar os primeiros 10 minutos da transfusão à beira leito e verificar e registrar os sinais vitais no Cartão de Identificação do Receptor e no prontuário/sistema eletrônico;
- Retornar ao leito a cada 01 hora ou quando necessário;
- Fechar equipo ao final do produto transfundido;
- Registrar no Cartão de Identificação do Receptor e no prontuário/sistema eletrônico: horário de término e sinais vitais finais;
- Nos hospitais deve-se acompanhar o paciente após um período de 24 horas após a transfusão;
- Nas circunstâncias em que observação médica direta ou monitoramento do paciente não estão disponíveis após transfusão (pacientes ambulatoriais e de Pronto Atendimento) disponibilizar o Informativo de Cuidados Pós-Transfusionais contendo instruções escritas sobre eventos adversos potenciais após a transfusão;
- Em caso de necessidade de manter o acesso, conectar ao equipo do soro; caso contrário retirar o scalp/jelco, comprimindo o local da punção com ajuda de gaze seca.
- Recolher o material utilizado, desprezar o lixo em local adequado;
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las;
- Higienizar as mãos;

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 20/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

7.6.1.2 Ações diante de um Incidente Transfusional:

- Interromper a transfusão;
- Manter acesso venoso com solução fisiológica simples;
- Acionar médico de plantão;
- Verificar os sinais vitais;
- Providenciar material de urgência (medicamentos e oxigênio), se necessário.
- Seguir recomendação médica;
- Registrar em prontuário físico e eletrônico do receptor;
- Encaminhar o componente sanguíneo juntamente com a cópia do Cartão de identificação do receptor ao IHEBE. Coletar 02 (duas) amostras de sangue de 3ª 5 mL em tubo com anticoagulante e encaminhar ao IHEBE para realizar os exames pós-transfusionais e bolsa residual com equipo para realização das hemoculturas.
- Preencher a Ficha de Notificação da Hemovigilância (FNH) Hemovigilância e encaminhar ao IHEBE;

7.6.2 Infusão de Hemoderivados

- Receber o hemoderivado e em seguida realizar dupla-verificação com outro profissional na presença do receptor confirmando os dados do mesmo no Cartão de Identificação do receptor com a prescrição;
- Verificar a prescrição médica e quantidade do produto solicitado;
- Identificar-se ao receptor e acomodá-lo confortavelmente no leito;
- Informar o receptor sobre o procedimento a ser realizado;
- Verificar os sinais vitais (PA, Temperatura, Pulso, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória);
- Preparar o hemoderivado conforme bulário;
- Escolher veia adequada, de preferência longe das pregas articulares;
- Fazer assepsia do local de punção, com gaze embebida em álcool 70°C em movimentos concêntricos do ponto da punção à periferia, usando pinça kelly, numa área de 4-5 cm;
- Aguardar a secagem espontânea do álcool a 70% no tempo de 30 segundos. Não podendo assoprar ou abanar;

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	Nº Páginas: 21/28

- Caso precise tocar novamente no local da punção, proceder novamente a antisepsia e não voltar a tocar;
- Fazer a punção venosa;
- Fixar o cateter intravenoso (scalp) com micropore;
- Conectar a seringa e aplicar o hemoderivado de forma lenta;
- Retirar o cateter intravenoso (scalp), comprimindo o local da punção com ajuda de gaze seca;
- Registrar em prontuário médico o início e término da infusão, como também os sinais vitais e caso haja alguma intercorrência.

8. NOTIFICAÇÕES EM INCIDENTES OU REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Diante da identificação de sinais ou sintomas de Reações Transfusionais imediatas, o Hospital/Clínica é responsável pelo atendimento médico e assistencial do paciente, seguindo as orientações dos protocolos de atendimento citados no MANUAL DE ORIENTAÇÕES TRANSFUSIONAIS – MOT do IHEBE, disponível no site do Instituto, como também o preenchimento da Ficha de Notificação de Hemovigilância –FNH (Figura 08), coleta de nova amostra do paciente e devolução da bolsa de hemocomponente relacionada à provável REAÇÃO.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOTIVISA - SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE HEMOVIGILÂNCIA			
2 Produto: USO DE SANGUE E COMPONENTES		Nº			
Dados do Evento Adverso	3.1 Descreva detalhadamente o evento adverso				
	3.2 Sinais e sintomas *				
	☐ Ansiedade ☐ Eritema ☐ Taquicardia ☐ Calafrio ☐ Febre ☐ Taquipnéia ☐ Choque ☐ Hemoglobinúria ☐ Tosse ☐ Cianose de extremidades ☐ Hipertensão arterial ☐ Tremores ☐ Cianose labial ☐ Hipotensão arterial ☐ Urticária ☐ Dispnéia ☐ Icterícia ☐ Vômito ☐ Dor abdominal ☐ Náuseas ☐ Outros ☐ Dor lombar ☐ Pápulas ☐ Dor torácica ☐ Rouquidão ☐ Edema agudo de pulmão ☐ Soroconversão				
	3.3 Evolução/Gravidade *		3.4 Data da ocorrência do evento*		
	☐ Grau I - leve ☐ Grau II - moderado ☐ Grau III - grave ☐ Grau IV - óbito				
4.1 Nome do estabelecimento de saúde *				4.2 Número CNES *	
5.1 Tipo da transfusão *		5.2 Indicação da transfusão			
☐ Alogênica ☐ Autóloga					
São	5.3 Setor onde ocorreu a transfusão				
	☐ Ambulatório de transfusão ☐ Centro cirúrgico ☐ Centro obstétrico ☐ Clínica cirúrgica ☐ Clínica de diálise ☐ Clínica de transplante de medula óssea ☐ Clínica gineco-obstétrica ☐ Clínica médica ☐ Clínica pediátrica ☐ Emergência/PS ☐ Transfusão domiciliar ☐ UTI/CTI				

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 22/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

Dados da Transfusão	Hemocomponentes relacionados à notificação						6.1 Data da transfusão*
	6.2 Tipo	6.3 N°	6.4 Qualificação	6.5 ABO/Rh	6.6 Nome da instituição produtora	6.7 CNES instituição Produtora	
Dados do paciente	Tipo de hemocomponente CH - Concentrado de hemácias ST - Sangue total CP - Concentrado de plaquetas STR - Sangue total reconstituído PFC - Plasma fresco congelado Outro: citar POT - Plasma - outro tipo CG - Concentrado de granulócitos CRIO - Crioprecipitado			Qualificações do hemocomponente 1 - Aliquotado 7 - Pool de buffy coats 2 - Com adição de solução preservadora 8 - Pool de randômicas 3 - Desleucocitado à beira do leito 9 - Por aférese 4 - Desleucocitado na bancada 10 - Randômicas 5 - Irradiado 11 - Sem buffy coat 6 - Lavado			
	7.1 Nome completo do paciente *						
	7.4 Nome completo da mãe do paciente						
	7.7 Sexo * M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	7.8 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorada		7.9 Ocupação			
7.10 Data de nascimento *	7.11 (ou) idade na data do evento * D - dias M - meses A - anos		7.12 N° prontuário *		7.13 N° cartão SUS		
Tipo de Reação	8 Tipo de Reação *		8.1 Reações imediatas *		8.2 (ou) Reações tardias *		
	☐ Imediata ☐ Tardia		☐ Febril não hemolítica ☐ Edema pulmonar não cardiogênico/TRALI ☐ Alérgica ☐ Hemolítica aguda não imune ☐ Anafilática ☐ Hipotensiva ☐ Contaminação bacteriana ☐ Sobrecarga volêmica ☐ Hemolítica aguda imunológica ☐ Outras reações imediatas		☐ Doença transmissível ☐ Doença do enxerto contra hospedeiro/GVHD ☐ Hemolítica tardia ☐ Aparecimento de anticorpos irregulares/Isoimunização ☐ Outras reações tardias		

Versão 1 - 2007

Figura 08: FNH frente

O IHEBE, fará a investigação do provável incidente com exames laboratoriais e será concluída a notificação pelo médico hemoterapeuta/ responsável técnico da AT intra-hospitalar ou da AT Sede, conforme o local da transfusão. Mediante a conclusão, o IHEBE, irá fazer a Devolutiva escrita (Figura 09) e da FNH concluída ao parceiro, através de registro próprio, para que o setor responsável pela Notificação do sistema no site NOTIVISA (Figura 10) do Hospital/Clínica informe o EVENTO.

Figura 09: Devolutiva notificação de reação transfusional.

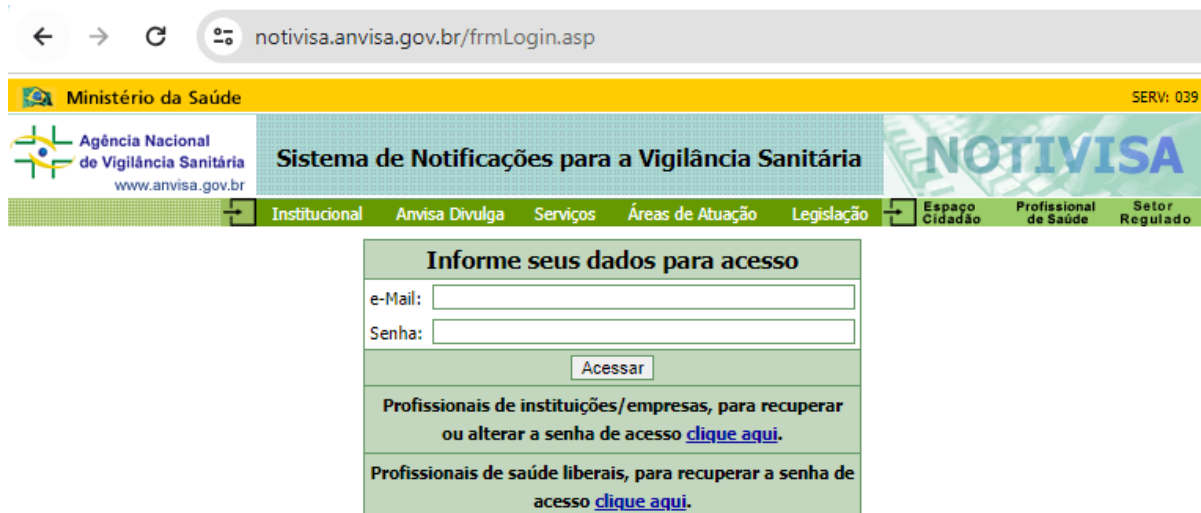
	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 23/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 22/06/2023
		Ult. Revisão: 22/06/2023
DEVOLUTIVA NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL		

De: Hemovigilância AT-Sede IHEBE
Para:
Data da ocorrência da Reação Transfusional:
Nome do Paciente:
Nº do atendimento:
Componente sanguíneo relacionado:
Nº do CS:
Relato da RT:
Conclusão do Responsável Técnico:

Orientações para evitar novas reações:
Recomendação: Orientamos que a respectiva devolutiva da reação seja registrada no sistema informatizado do Hospital e arquivada no prontuário do paciente para garantir a rastreabilidade efetiva da transfusão e eventos adversos.
_____ Médico Responsável Técnico Ass./carimbo _____ Responsável da AT Ass./carimbo

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 24/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	



Ministério da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
www.anvisa.gov.br

Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária

NOTIVISA

Institucional Anvisa Divulga Serviços Áreas de Atuação Legislação Espaço Cidadão Profissional de Saúde Setor Regulado

Informe seus dados para acesso

e-Mail:

Senha:

Profissionais de instituições/empresas, para recuperar ou alterar a senha de acesso [clique aqui.](#)

Profissionais de saúde liberais, para recuperar a senha de acesso [clique aqui.](#)

Figura 10: Site de Notificação NOTIVISA

9. DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Hemocomponentes solicitados, preparados e encaminhados para transfusão de sangue que NÃO forem instalados no paciente deverão ser devolvidos para a AT intra-hospitalar IMEDIATAMENTE e não devem ter permanecido fora do acondicionamento além de 30 minutos após a entrega e sem abertura do sistema /violado por equipo de transfusão. Os Hospitais / Clínicas sem AT devem devolver os produtos não instalados (sem abertura do sistema) em até 24h após o recebimento dos hemocomponentes, desde que neste intervalo de tempo de 24h, fique acondicionado conforme já descrito (equipamentos específicos com temperatura controlada e adequada). Nesta situação de devolução, o Hospital/clínica parceiro deve informar à AT Sede com antecedência de 3h do prazo final das 24h do recebimento, para que o IHEBE tenha tempo suficiente para buscar o produto não utilizado e avaliar sua validade (inspeção e testes de hemólise) e se possível a reintegração ao estoque.

Hemocomponentes violados ou acondicionados fora da temperatura adequada NÃO serão reintegrados ao estoque e consequentemente COBRADOS como utilizados.

The logo of the Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Belém (IHEBE) is located in the top-left corner. It consists of a red stylized graphic of a blood drop or cell, followed by the acronym "IHEBE" in red capital letters.	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 25/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

10. DESTINO FINAL E MONITORAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES ENVIADOS PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE

O IHEBE vai disponibilizar um profissional para confirmar presencial ou via telefone o destino final de TODOS os hemocomponentes enviados para transfusão no Hospital/clínica parceiro.

Ainda será de responsabilidade do IHEBE ter um profissional para acessar os prontuários de pacientes transfundidos e executar o monitoramento de itens relacionados com uma amostragem de mínimo 20% das transfusões de sangue ocorridas no mês corrente. Os itens observados darão subsídios para um Relatório Final Mensal que será enviado para os Parceiros com finalidades de avaliar e agir para resolução de NÃO CONFORMIDADES em caso de ocorrências ou mesmo para ciência de situações e ELOGIOS, como também servirão para basear as atas das reuniões agendadas de Comitês Transfusoriais (CT) dos Hospitais/Clínicas/IHEBE. Comitês esses, constituídos obrigatoriamente por representantes das áreas técnicas do IHEBE e parceiros.

11. SOROCONVERSÃO EM DOADORES DE SANGUE

Por meio do sistema de retrovigilância, com o intuito de garantir maior segurança transfusional e em atendimento à ANVISA, Manual de Hemovigilância e ao Ministério da Saúde na Portaria de Consolidação nº5/2017, o IHEBE realiza a 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. Nestes casos, a busca ativa aos pacientes envolvidos é de única responsabilidade dos hospital/clínica.

11.1 RASTREAMENTO DE RECEPTORES

Os Hospitais/Clínicas receberão notificação do IHEBE por meio de ofício para que realizem o rastreamento e os testes pertinentes nos receptores dos hemocomponentes envolvidos em casos de conversão de exames de doadores, informando ao banco de sangue os resultados encontrados nos exames. O IHEBE também notificará o ocorrido à autoridade sanitária competente.

 IHEBE	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 26/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

11.2 CONVERSÃO DE EXAME 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 IHEBE solicita que os hospitais/clínicas realizem, por meio de seus responsáveis técnicos, notificação escrita a este banco de sangue 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 IHEBE, cópia do resultado laboratorial que se apresentou positivo, podendo eventualmente o IHEBE solicitar uma amostra para repetição do (s) teste (s). Estes casos serão investigados pelo IHEBE ou suas unidades.

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

11.3 POSITIVIDADE EM TESTE MICROBIOLÓGICO DE HEMOCOMPONENTES

Nos casos em que o IHEBE observar detecção de exame microbiológico positivo nos componentes sanguíneos já distribuídos para os hospitais/clínicas conveniadas, estes serviços serão comunicados via telefone, imediatamente para devolução dos hemocomponentes caso ainda não tenham sido transfundidos ou para conduta para com o paciente caso já tenha sido transfundido. Posteriormente, será enviada uma comunicação por escrito com os resultados bacteriológicos relativos à identificação da bactéria envolvida.

12. OUVIDORIA: ELOGIOS, SUGESTÃO E MANIFESTAÇÃO

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 27/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

O IHEBE, periodicamente para garantia da qualidade dos seus serviços e melhora continua dos seus processos realiza pesquisa de satisfação dos clientes enviando um formulario para preenchimento e avaliação dos serviços prestados.

Em caso de duvidas dúvidas entrar em contato por meio de:

Endereço: Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Belém-IHEBE, Travessa Mauriti, 3085, Marco, Belém CEP 66093-681

Telefone geral: (91) 3246-8292

Administração: 98134-7094

Doação: 98134-7042

Clínica: 99801-0809

Site: <https://www.ihebe.com.br/fale-conosco>

Instagram: @ihebeoficial

Horário de atendimento:

Segunda à Sexta: 07:30h às 18h

Sábado: 08h às 12h

13. CAPTAÇÃO DE DOADORES

O IHEBE dispõe de uma equipe social para visitar os Hospitais/Clínicas parceiros com a finalidade de estimular e sensibilizar pessoas (familiares/amigos/profissionais) para a DOAÇÃO DE SANGUE no intuito de manter o estoque de sangue para atendimento aos pacientes.

Cabe também um reforço dessa sensibilização pelo próprio Hospital/Clínica e assim colaborar com o estoque do IHEBE.

14. LEITURA RECOMENDADA

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://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13295-consolidacao-n-5-saude-mental-1/file>>. Acesso em: 07 mar 2022.

	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE BELÉM	Data 1ª versão: 21/12/2023
		Ult. Revisão: 21/12/2023
		Vencimento: 26/12/2024
		Versão: 01
		Nº Páginas: 28/28
MANUAL	MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE	

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; Poder Executivo de 16 de junho de 2014. Disponível

em:<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2867975/%282%29RDC_34_2014_COM.P.pdf/140dc780-ac2e-4829-8e2a-6fbc680677dc>. Acesso em: 07 mar 2022.

*18

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: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRTC_370_2014_.pdf/28aca220-4904-42c1-a396-c5560d7df3cc>. Acesso em: 07 mar 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Disponível em<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/monitoramento/hemovigilancia/manual_d_e_hemovigilancia_dez22_compressed.pdf>. Acesso em: 24 abril 2023.

Hemocentro de Ribeirão Preto. Manual do Sistema GBF. Ribeirão Preto: Hemocentro de Ribeirão Preto, rev.03.

Hemocentro de Ribeirão Preto. Manual de Gestão de Exames on-line. Ribeirão Preto: Hemocentro de Ribeirão Preto, Rrev.00.

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

Padrões para Bancos de Sangue e Serviços de Transusão. 5ª ed. Acreditação AABB/ABHH.

15. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Descrição da mudança
01	21/12/2023	Emissão original