

101720015



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

DIGITADO
MIRABELA-MG

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

1

Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. João Robinson Lopes
MÉDICO - CRM-MG 16964

3117102862214

DATA 12/10/17

Ó.E: E310000030

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 11/2017

Num AIH: 311710286221-4

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 11/2017

Data Autorização: 10/09/2017

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: E310000030

CRC:

Doc autorizador: 106253766730006

Doc med resp: 706408646252388

Doc diretor clínico: 706408646252388

Doc médico solic: 704806516090548

CNES: 2140063 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO SEBASTIAO

CNS: 70460961684952-4

Paciente: ANA MARIA DIAS FAGUNDES

Prontuário: 80363

Data Nasc.: 30/04/1965 Sexo: FEMININO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: IGNORADO

Doc:

Responsável pac.: JOSE ROMEU RIBEIRO FAGUNDES

Nome da Mãe: ARISTINA CORREIA DE BRITO

Endereço: RUA O 215 Bairro:

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 314200 - MIRABELA

UF: MG CEP: 39373-000

Telefone: (38)0985-55803

Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado: 03.03.14.015-1 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

Procedimento principal: 03.03.14.015-1 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

Diag. principal: J189-PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obto:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 10/09/2017

Data saída: 12/09/2017

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior: -

AIH Posterior: -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: -

CNAER: -

Vínculo Previdência: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0303140151	704806516090548	225125	2140063	2140063	2	09/2017	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
2	0301010170	704806516090548	225125	2140063	2140063	2	09/2017	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0204030170							

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Rodrigo Honório Marques
Diretor Clínico - HMSS
CRM/060158
Assessoria Técnica e Gerenciamento
Prefeitura Municipal de Mirabela - MG

19719973

ANEXO I

704004375263566



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

DIGITADO
MRABELA MG

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

80.362

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

parto com útero hiperdistendido 600g/dl

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

risco de vida

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

teste clínico + ultrassom

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

útero hiperdistendido

E 137

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

10/09/2017

Robinson R. Lopes

Robinson R. Lopes
Médico - CRM 15.092/17

5117102834483

DATA 15.09.17

O.E: E310000030

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10 / 2017

Núm AIH: 311710284198-5

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 10/2017

Data Autorização: 10 / 09 / 2017

Especialidade: 03 - CLINICOS

Orgão Emissor: E310000030

CRC: 0\$93D96D50

Doc autorizador: 106253766730006

Doc med resp: 706408646252388

Doc diretor clínico: 706408646252388

Doc médico solic: 703202633541892

CNES: 2140063 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO SEBASTIAO

CNS: 70340388913190-0

Paciente: AVILMAR ALVES CARDOSO

Prontuário: 80364

Data Nasc.: 09 / 01 / 1965 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: IGNORADO

Doc:

Responsável pac.: LUZIA ALVES DOS REIS

Nome da Mãe: FIRMINIA ALVES BATISTA

Endereço: RUA BIBIANO GOMES 15 Bairro:

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 314200 - MIRABELA

UF: MG CEP: 39373-000

Telefone: (38)9981-95720

Muda Proc.? : NÃO

Procedimento solicitado: 03.03.06.021-2 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Procedimento principal: 03.03.06.021-2 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Diag. principal: I500-INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 10 / 09 / 2017

Data saída: 14 / 09 / 2017

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIO1:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBQ	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmot	Descrição
1	0303060212	703202633541892	225125	2140063	2140063	1	09/2017	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA
2	0301010170	703202633541892	225125	2140063	2140063	4	09/2017	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0202020380			2140063	2140063	1	09/2017	HEMOGRAMA COMPLETO
4	0204030170			2140063	2140063	1	09/2017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos:

Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

Rodrigo Honorato Marques
Diretor Clínico - HMSS
CRM - 060158
Prefeitura Municipal de Mirabela-MG
ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

105719978

ANEXOT

703403889131900



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

REGISTRADO
MINABELA-MG

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

80.364

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ECG comprometido por PNM

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

falta de nob

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO


48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

30/09/2017

Dr. João Robinson Lopes
MÉDICO - CRM-MG 13864

307202841985

DATA 17.09.17

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO GERAÍDIO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1-2
		COD: 001
RECEBIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE TRASNFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Descrever o recebimento da solicitação de transfusão de hemocomponentes.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Recebimento da requisição de hemotransfusão devidamente preenchida e assinada, datada e carimbada pelo médico solicitante.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

-Ficha de solicitação


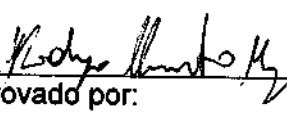
-Ficha transfusional


6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Ao receber requisição de transfusão devidamente preenchida e assinada, carimbada e datada pelo médico solicitante, nunca se esquecer de conferir os dados da requisição da transfusão (APAC) como nome do paciente, número de identificação (nº prontuário ou registro), data de nascimento, nome da mãe, resultado de hemograma, diagnóstico, qual hemocomponente a ser transfundido e sua quantidade, data programada da transfusão.

Caso a requisição de hemotransfusão esteja corretamente preenchida, verificar se o paciente já é cadastrado no Serviço de Hemoterapia – Ficha transfusional ou no computador.

Depois de realizada a prova cruzada, a bolsa então é liberada, sendo necessária a identificação da mesma no verso da ficha de solicitação.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T.	Data aprovação: 21/08/2017
---	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 003
ABERTURA DE FICHA TRANSFUSIONAL PARA RECEPTORES		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia para abertura de ficha transfusional do paciente.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agencia transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico ou enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Conhecer o histórico transfusional do paciente, bem como seu grupo sanguíneo ABO/RH, fenotipagem, etc. Antecipando os serviços laboratoriais.

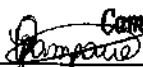
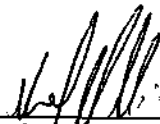
5-RECURSOS NECESSÁRIOS


- Ficha cadastral
- Arquivo por ordem alfabética
- Solicitação contendo os dados do paciente completa
- Caneta

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Receber requisição de transfusão devidamente preenchida e assinada pelo médico solicitante. Nunca se esquecer de anotar hora do recebimento. Conferir os dados da requisição da transfusão (APAC) se não estiverem corretamente preenchidos, devolver ao portador.

Caso a requisição de transfusão esteja corretamente preenchida, verificar se o paciente já é cadastrado no Serviço de Hemoterapia – Ficha transfusional.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
---	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1/2
		COD: 004
	RECEBIMENTO DE HEMOCOMPONENTES DA HEMOMINAS PARA INCORPORAÇÃO AO ESTOQUE	

1-OBJETIVO

Definir sobre o recebimento de hemocomponentes da Fundação Hemominas para incorporação ao estoque.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

- Transporte e logística
- Hospital
- Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico ou enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS

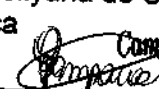
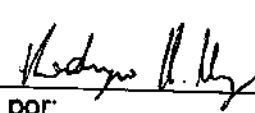
- Conferência do termômetro na temperatura de transporte ideal
- Vistoria das bolsas satisfatórias
- Preenchimento completo do caderno de recebimento de hemocomponentes.


5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Transporte (veículo)
- Caixa térmica
- Termômetro *Data Logger*

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

O responsável pelo recebimento deverá se certificar da presença do termômetro entre as bolsas e anotá-la no mapa de registro de temperatura, conferir as bolsas, verificando visualmente cada hemocomponente. Após essa verificação os hemocomponentes deverão ser armazenados de acordo com sua necessidade.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CRM 3ª Reg. 6378	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
---	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 10
		COD: 023
SELEÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO/ PROVA PRÉ-TRANSFUSIONAIS		Elaboração: 2017

Baseada na Resolução da Diretoria Colegiada No1353 de 13 de junho de 2011. O sangue total e concentrado de hemácias devem ser ABO compatíveis. Desde que compatíveis, pode ser utilizado sangue total e concentrado de hemácias heterogrupos nos sistema ABO.

Os receptores Rh(D) positivo podem receber sangue total ou hemácias Rh(D) positivo ou Rh(D) negativo. Os receptores Rh(D) negativo devem receber sangue total ou hemácias Rh(D) negativo, exceto em circunstâncias justificadas e desde que não apresentem sensibilização prévia.


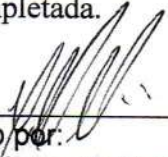
Plasma dos indivíduos AB é isento de anticorpos dirigidos contra antígenos ABO, este pode ser transfundido para qualquer grupo ABO. As transfusões de plasma devem ser ABO compatíveis com as hemácias do receptor, ou seja, devem ser transfundidos com o mesmo grupo sanguíneo do receptor – isogrupos.

É desnecessária a realização de prova de compatibilidade antes da transfusão de plasma, Crioprecipitado e concentrados de plaquetas.

As transfusões de **Crioprecipitado** em **crianças** devem ser isogrupo ou ABO compatíveis. Em **recém-nascidos**, o plasma contido nos **concentrados de plaquetas** deverá ser ABO compatível com as hemácias do receptor.

É obrigatória a realização da Prova de compatibilidade maior entre as hemácias obtidas do tubo coletor da bolsa do doador e o **soro do receptor**, sempre que for realizar transfusão de hemocomponentes que contenham **HEMÁCIAS**.


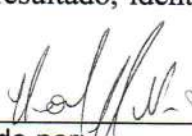
Casos de transfusão de extrema urgência, se não houver amostra de sangue do receptor no serviço ou se não houver tempo para classificá-lo **é recomendável o uso de sangue "O Negativo"**. Não havendo este tipo de sangue em estoque no serviço, poderá ser usado sangue **"O Positivo"**, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade. **NOS CASOS DE EMERGÊNCIA O SANGUE TOTAL OU CONCENTRADO DE HEMÁCIAS PODERÁ SER LIBERADO SEM PROVA DE COMPATIBILIDADE**, desde que o quadro clínico justifique a urgência e/ou emergência, e o médico responsável faça a solicitação da transfusão no formulário apropriado, afirmando que conhece o risco e concorda com o procedimento. As provas pré-transfusionais devem ser realizadas até o final mesmo que a transfusão já tenha sido completada.


Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA	Aprovado por:  Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
---	--	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 3
		COD: 020
FLUXOGRAMA E EXAMES NA ROTINA TRANSFUSIONAL.		Elaboração: 2017

FLUXOGRAMA NA ROTINA TRANSFUSIONAL:

- _ Receber requisição de transfusão devidamente preenchida e assinada pelo médico solicitante.
- _ Conferir os dados da requisição da transfusão (APAC) se **não** estiverem corretamente preenchidos, **devolver** ao portador.
- _ Caso a requisição de transfusão esteja corretamente preenchida, verificar se o paciente já é cadastrado no Serviço de Hemoterapia – Ficha transfusional ou no computador.
- _ Colher amostra de sangue do receptor se for a primeira vez que tomará sangue no hospital, em casos de já ter recebido transfusão colher nova amostra após 72 horas da realização da transfusão.
- _ A identificação dos tubos para coleta das amostras deve ser com o nome do receptor, registro, data e hora coleta, e assinatura de quem colheu.
- _ Caso o paciente já tenha a classificação ABO/Rh anterior fazer a comparação com o resultado atual, realizar também pesquisa de anticorpos.
- _ Ambas as classificações estão conformes? **IGUAIS?** Se **NÃO** colher nova amostra.
- _ Se **SIM** selecionar o hemocomponente a ser transfundido.
- _ Reclassificar o hemocomponente (com HEMÁCIAS), se **NÃO** houver concordância na classificação anotar o resultado e pegar nova bolsa para realizar a reclassificação. Comunicar ao responsável pelo setor que tomará as providências cabíveis.
- _ Se a reclassificação confere, realizar a **PROVA DE COMPATIBILIDADE (PC)** e a **PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES DO PACIENTE (PAI)**.
- _ **PC compatível e PAI negativo** anotar o resultado, identificar e liberar a bolsa para transfusão.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica 	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 002
COLETA DE AMOSTRA PARA TESTE PRÉ TRANSFUSIONAL		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia sobre a coleta e entrada de amostras para testes pré transfusionais.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Leito do paciente

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.

4-RESULTADOS ESPERADOS

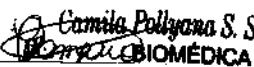
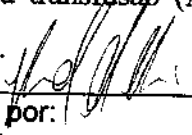
Obter uma amostra devidamente coletada e armazenada para segurança da hemotransfusão.


5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Solicitação de hemocomponente completa
- Livro de registro de amostra
- Caneta
- Tubo de EDTA com etiqueta de identificação do paciente
- Seringa 5ml
- Aguilha
- Algodão
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento
- Garrote

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Receber requisição de transfusão devidamente preenchida e assinada pelo médico solicitante. Conferir os dados da requisição da transfusão (APAC) se não estiverem corretamente preenchidos, devolver ao portador.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica 	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T. 	Data aprovação: 21/08/2017
--	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 013
PESQUISA DE “D FRACO”		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Assegurar a vida do paciente antes da transfusão, minimizar o aparecimento de anticorpos irregulares no receptor, diminuir a ocorrência de reações transfusionais imediata ou tardia e permitir a sobrevida maior das hemácias transfundidas.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Pesquisar o paciente D Fraco

5-RECURSOS NECESSARIOS

-Salina

-Tubos de KHAN

-Pipetas de 50, 100 e 1000 µl

-Ponteiras

-Banho-maria

-Soro anti D


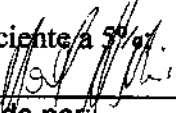
-Soro controle de Rh


Obs.: Recomenda-se o uso de tubos e descartá-los para evitar aderência do botão de hemácias q parede do tubo.

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

-Identificar os tubos onde serão realizados os testes (tubo D e controle de Rh);

-Pipetar 50µde suspensão de hemácias do paciente a 5%.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CRM 3º Reg. 8379	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T 	Data aprovação: 21/08/2017
---	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1/ 3
		COD: 014
PROVA DE COMPATIBILIDADE		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Assegurar a vida do paciente antes da transfusão, minimizar o aparecimento de anticorpos irregulares no receptor, diminuir a ocorrência de reações transfusionais imediata ou tardia e permitir a sobrevida maior das hemácias transfundidas.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.

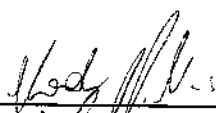
4-RESULTADOS ESPERADOS


Observar se o receptor é compatível com o doador.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Salina
- Tubos de KHAN
- Pipetas de 50, 100 e 1000 µl
- Ponteiras
- Tesouras
- Banho- maria
- Biopeg
- Soro de antiglobulina humana
- Controle antiglobulinico

Obs: recomenda-se o uso de tubos de vidro e descartá-los para evitar aderência do botão de hemácias a parede do tubo.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica <i>Camila Pollyana S. Sampaio</i> BIOMÉDICA CRM 2º Reg. 8379	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T. 	Data aprovação: 21/08/2017
---	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1/3
		COD: 015
PESQUISA DE ANTICORPO IRREGULAR (PAI)		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia sobre a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) na amostra do paciente receptor nos testes pré transfusionais.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

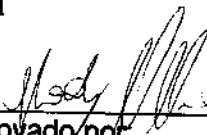
Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.


4-RESULTADOS ESPERADOS

Visa detectar anticorpos irregulares clinicamente significantes no soro/plasma do receptor, consiste em testar o soro do receptor com hemácias de triagem conhecidas. É importante que se utilize SEMPRE um autocontrole nas mesmas fases e temperaturas em que foram utilizadas as hemácias de triagem. Observar assim se existe reação transfusional hemolítica imediata ou tardia.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Salina
- Tubos de KHAN
- Pipetas de 50, 100 e 1000 µl
- Ponteiras, tesouras
- Banho-maria
- Biopeg
- AGH e controle de Coombs
- Suspensão das hemácias comerciais I e II

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica <i>Camila Pollyana S. Sampaio</i> BIOMÉDICA CBBM 3º Reg. 8379	Aprovado por:  Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 007
ENVIO DE AMOSTRAS PARA FENOTIPAGEM OU PESQUISA DE ANTICORPO IRREGULAR DE RECEPTORES		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia sobre o envio de amostras ao Hemominas, no caso de PAI (Pesquisa de anticorpos irregulares) e/ou PC (Prova de compatibilidade) positivas para realização painel de hemácias e da fenotipagem do receptor ou pesquisa de anticorpo irregular.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Biomédico.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Envio de amostras para fenotipagem ou pesquisa de anticorpo irregular em receptores ao Hemominas.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

-Tubo de EDTA com 5 ml

-Tubo de soro 10 ml


6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

-PAI e/ou Prova cruzada positiva: enviar a amostra juntamente com protocolo de atendimento preenchido para a Fundação Hemominas com todos os dados na amostra de identificação do paciente.

-Devem ser colhidas antes da transfusão uma amostra EDTA e Soro.

-Deve-se montar a caixa climatizada, preparar as amostras acondicionadas corretamente e enviá-las.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Campos Biomédica CRM 3º Reg. 8379	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	--	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 1
		COD: 016
LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA TRANSFUSÃO		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Segurança para receptores/usuários de hemocomponentes.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico e enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Preenchimento completo do cartão de identificação.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

Testes pré-transfusionalis devidamente realizados

Cartão de identificação do receptor completo

Bolsa com hemocomponente solicitado conferida

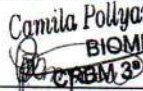
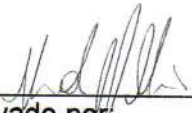
6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS


O cartão do receptor devera ser preenchido corretamente contendo todos os dados do receptor, como numero de leito e local de encontro do paciente, o resultado dos testes com data e hora dos mesmos, o numero, tipo e volume da bolsa a serem infundidos e devidamente carimbados e assinados pelo responsável pela liberação da bolsa.

7- DESVIOS E AÇÕES NECESSARIAS

Devera observar o rotulo da bolsa, data de validade, o aspecto do hemocomponente devem ser avaliados antes da transfusão. Aspectos como coágulos ou hemólises também não deverão ser aceitos. Caso haja anormalidades devera ser separada para posterior descarte e notificação.

8- REGISTROS GERADOS

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  CAMILA POLLYANA S. SAMPAIO BIOMÉDICA CRM 3º Reg. 8379	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
---	--	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1/2
		COD: 017
HEMOTRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Na transfusão de emergência a indicação e responsabilidade são exclusivas do médico que presta atendimento direto ao paciente, o qual tem a responsabilidade de assinar termo de responsabilidade, afirmando a necessidade da transfusão de urgência e concorda em realizar a transfusão sem os testes.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado e biomédico.

4-RESULTADOS ESPERADOS

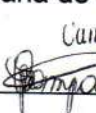
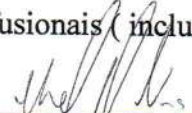
Quando não é possível aguardar o termino dos testes pré-transfusoriais, pelo risco de o paciente evoluir ao óbito, é feita a solicitação de emergência, preenchida pelo médico que esta assistindo o paciente a fim de evitar maiores danos a saúde do mesmo naquele momento.


5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ficha de solicitação
- Termo de responsabilidade assinada pelo médico.

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Nas transfusões de emergência recomenda-se a utilização de concentrado de hemácias do grupo O. Se possível deve-se utilizar hemácias do grupo Rh (D) negativo, quando não há tempo para a realização da classificação do receptor, mas o ideal é que a transfusão seja isogrupo visando evitar sensibilização e desenvolvimento posterior de anticorpos anti- D. Mas os testes pré- transfusionais (incluindo prova de

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CRM 3º Reg. 8379	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T 	Data aprovação: 21/07/2017
---	--	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 022
MANUTENÇÃO E CALIBRAÇÃO		Elaboração: 2017

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

É a manutenção que visa manter o equipamento dentro de condições normais de utilização com o objetivo de serem reduzidas as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgaste ou envelhecimento de seus componentes.

MANUTENÇÃO CORRETIVA


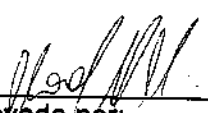
São reparos de defeitos funcionais ocorridos durante a utilização do equipamento.


CALIBRAÇÃO

É um processo que visa verificar se a medida obtida por um instrumento é compatível com o esperado e se ele está adequado ao uso. Consiste em comparar os resultados obtidos pelos instrumentos com os obtidos por padrões (rastreadores a padrões de referência nacionais e/ou internacionais), sob condições pré-estabelecidas e controladas. Os serviços são executados cada 3 meses ou de acordo a necessidade, garantindo a agilidade necessária para que os instrumentos retornem à rotina. Por contribuir para a confiabilidade dos resultados e reduzir custos inerentes aos erros de ensaio, a calibração é hoje requisito de processos de certificação e acreditação.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA, CALIBRAÇÃO DOS APARELHOS:

- Centrífuga
- Micropipeta - fixa e variável, uni e multicanal
- Termômetro - termômetro digital;
- Câmara fria de hemocomponentes;
- Geladeiras;
- Banho Maria;

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica 	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T. 	Data aprovação: 21/08/2017
--	---	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PLANOS DE CONTINGÊNCIA	Folha: 1 /4
		COD: 010
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Estabelecer e padronizar condutas a serem tomadas pela agência, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer com que seus processos voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rápido possível, evitando assim uma paralisação prolongada que possa gerar maiores prejuízos à realização da rotina da agencia transfusional.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

- Hospital
- Agência transfusional

3-EXECUTANTE



Técnico de laboratório, biomédico e enfermeiro


4-RESULTADOS ESPERADOS

Sanar todas as falhas aparentes.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Gerador
- No-Breaks
- Caixas térmicas
- Gelox
- Termômetro

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CRM 3º Reg. 8379	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T. 	Data aprovação: 21/08/2017
---	---	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 008
DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES VENCIDOS À HEMOMINAS		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia para a devolução de hemocomponentes vencidos à Hemominas.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico ou enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Descarte adequado de bolsas vencidas à hemominas.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

-Protocolo de devolução de hemocomponentes à Hemominas.

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS


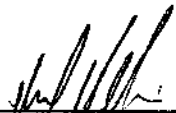
Os hemocomponentes fora do prazo de validade são devolvidos à Hemominas juntamente com formulário em duas vias de Devolução de Hemocomponente, justificado com o código do mesmo, assinado pelo médico responsável da agência e datado. Deve ser registrado no livro de descartes de bolsas, com data e identificação da mesma, sendo que a primeira via deve ser guardada no arquivo da agência em pasta própria.


7- DESVIOS E AÇÕES NECESSÁRIAS

Quando não puder ser devolvido em tempo estipulado, a bolsa deverá ficar separada dos demais hemocomponentes e identificada como bolsa inutilizável.

8- DOCUMENTOS RELACIONADOS

Registro de devolução de hemocomponente.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA	 Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SERASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1/ 2
COD: 005		
CONTROLE DE TEMPERATURA DO AMBIENTE E EQUIPAMENTOS DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Definir metodologia sobre controle de temperatura do ambiente e equipamentos da agência transfusional.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Tecnico de laboratório devidamente treinado, biomédico, ou enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS


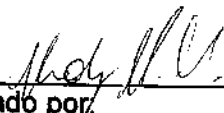
Obter uma amostra devidamente coletada e armazenada para segurança da hemotransfusão.


5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Termômetro digital para ambiente e geladeira
- Termômetro do banho-maria
- Termômetro freezer
- Termômetro câmara
- Alarme do freezer

6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

- Temperatura ambiente: 20° a 24°C – registrada na tabela de temperatura ambiente.
- Temperatura geladeira: 2° a 6°C – registrada na tabela de temperatura geladeira de CHM.
- Temperatura banho-maria: 37°C – registrada na tabela de temperatura banho-maria.
- Temperatura geladeira de reagentes: 2° a 8°C – registrada na tabela de temperatura geladeira.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CREM 3º Reg. 8379	Aprovado por:  Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 2
		COD: 024
TRANSPORTE DAS AMOSTRAS DO PACIENTE E DOS HEMOCOMPONENTES PARA LABORATÓRIO TERCEIRIZADO		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Transportar de forma segura as amostras dos pacientes, bem como os “macarrões” dos hemocomponentes e seus derivados à serem transfundidos.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional e laboratório terceirizado.

3-EXECUTANTE


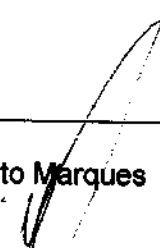
Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico e enfermeiro do hospital e funcionários do laboratório conveniado.


4-RESULTADOS ESPERADOS

Transportar de forma segura as amostras dos pacientes e dos hemocomponentes, a fim de preservar suas propriedades e a temperatura dentro dos padrões ideais.

5-RECURSOS NECESSÁRIOS

- Caixas térmicas de transporte, que antes do uso devem ser higienizadas.
- Gelox;
- Termômetro digital;
- Caneta;
- Tubo de EDTA com etiqueta de identificação do paciente;
- Seringa 5ml;
- Agulha;
- Algodão;
- Álcool 70%;

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica 	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T 	Data aprovação: 21/08/2017
--	--	-------------------------------

 GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIÃO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1 / 4
		COD: 009
NORMAS DE BIOSSEGURANÇA DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL		Elaboração: 2017

1-OBJETIVO

Estabelecer os procedimentos para preservar a saúde e a segurança dos funcionários da agência transfusional.

2-CAMPO DE APLICAÇÃO

Agência transfusional

3-EXECUTANTE

Técnico de laboratório devidamente treinado, biomédico ou enfermeiro.

4-RESULTADOS ESPERADOS

Saúde ocupacional dos envolvidos da agência transfusional.

5-RECURSOS NECESSARIOS

EPI: Equipamento de proteção individual

EPC: Equipamento de proteção coletiva


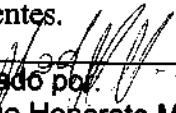
6-PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS


A agência mantém procedimentos para que sejam seguidas as leis vigentes e os regulamentos técnicos referentes à saúde, ambiente e segurança no trabalho.

A área técnica é exclusiva para os trabalhos técnicos. Nesta área é proibido fumar, comer, beber, aplicar cosméticos ou manteiga de cacau e pipetar com a boca.

- Instalações e ambientes

6.1 - O Laboratório possui espaço adequado e local apropriado de modo a não comprometer a qualidade dos resultados dos exames, os procedimentos do controle da qualidade, a segurança do pessoal e o atendimento dos clientes.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA CREM 3º Reg. 8370	Aprovado por:  Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T	Data aprovação: 21/08/2017
--	---	-------------------------------

 <u>GERÊNCIA DE SAÚDE DE MIRABELA</u> <u>HOSPITAL MUNICIPAL SÃO SEBASTIAO</u>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Folha: 1-23
		COD: 025
CONTROLE DE QUALIDADE DE REAGENTES IMUNO-HEMATOLÓGICOS		Elaboração: 2017

1 DEFINIÇÕES BÁSICAS

-Testes de Potência: Avaliam a capacidade de ligação entre o anticorpo e seu antígeno complementar

-Testes de Especificidade: Avaliam a capacidade do anticorpo reconhecer apenas seus antígenos eritrocitários complementares

-Intensidade de Aglutinação: É avaliada por meio da intensidade da aglutinação utilizando soro não diluído e suspensão de hemácias contendo os antígenos complementares.

-Título: É determinado por meio de reações entre anti-soros diluídos (1/1 até 1/2048) e suspensão de hemácias que contenham os antígenos complementares.

-Escore: Método onde se estabelecem valores (escores) de 0 a 12 de acordo com a intensidade de aglutinação encontrada em cada diluição dos anti-soros na titulação.

-Avidez: É avaliada pela medida do tempo transcorrido entre a mistura do anti-soro e das hemácias contendo os antígenos complementares e a visualização do início da aglutinação, na lâmina.

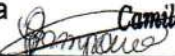
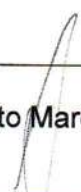
2 DIRETRIZES

2.1 Introdução

Testes de controle de qualidade dos reagentes imuno-hematológicos são fundamentais para garantir a confiabilidade dos resultados e são obrigatórios, segundo a Portaria MS N°1353/2011 que regulamenta e normatiza procedimentos em hemoterapia:

“O serviço de hemoterapia deve estabelecer um programa laboratorial de controle de qualidade interno e participar de programa laboratorial de controle de qualidade externo (proficiência), para assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados e que os equipamentos, materiais e reagentes funcionem corretamente”.

“Os reagentes devem ser armazenados de acordo com as instruções do fabricante, devendo ser evitada, ao máximo, a permanência do reagente fora das temperaturas indicadas para seu armazenamento”.

Elaborado por: Camila Pollyana de Souza Sampaio Biomédica  Camila Pollyana S. Sampaio BIOMÉDICA	Aprovado por: Rodrigo Honorato Marques Médico, R.T 	Data aprovação: 21/08/2017
---	--	-------------------------------

Ato de nº 15, Aos onze dias do mês de agosto do ano de 2017, no período da manhã, reuniram-se no Hospital Municipal João Cabral, as promotoras do Comitê Transgênero, tendo como pauta da reunião a discussão e anulação dos transgêneros realizados no último mês por emergência. Foi informado que durante o mês de julho houve 15 transgêneros e que em nenhuma delas houve registro de ocorrência de violência transgênera. Após as considerações de cada participante, encerrou-se esta reunião. E para finalizar, o Camilo Rollyma de Jesus Jampaio, lavrei o presente ato, que após lido e aprovado, será pelos demais assinado. Mirdela, 11 de agosto de 2017.

Camilo Rollyma de Jesus Jampaio

Jeane Rodrigues Pereira Soares

Hedys Rente Lyris