

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 1/50

ÍNDICE	PAG
INTRODUÇÃO	04
1. A FUNDAÇÃO HEMOBA	04
2. MODALIDADES DE ATENDIMENTO	05
3. CONVÊNIO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:	05
3.1. Formulário Pré-Convênio	06
3.2. Minuta do Convênio Hemoterápico	06
3.3. Documentação Necessária	06
4. SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	07
4.1. Solicitação de Hemocomponentes para Estoque - Clientes Externos	08
4.2. Solicitação de Hemocomponentes para Estoque– Clientes Internos	09
4.3. Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão – Clientes Externos	11
5. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS	14
5.1. Solicitação de Hemocomponentes Modificados	14
5.1.1. Solicitação de Alíquotas Pediátricas	15
5.1.2. Solicitação de Hemácias Lavadas – Procedimento exclusivo do HC	16
5.1.3. Solicitação de Filtração de Hemocomponentes	16
5.1.3.1. Hemocomponentes Filtrados (CH/CP) para Estoque	16
5.1.3.2. Hemocomponentes Filtrados (CH/CP) para Transfusão	17
5.1.4. Solicitação de Hemocomponentes Irrradiados	17
5.1.5. Solicitação de Hemocomponentes Fenotipados para Estoque	18
6. CRITÉRIOS PARA DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES	18
7. TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES	21
7.1. Validação do Transporte de Hemocomponentes	23
7.2. Higienização e Cuidados com as Caixas Térmicas	25
8. ENVIO DE AMOSTRAS DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS	25
8.1. Tipo de Amostra	25
8.1.1. Crianças com até 04 Meses de Vida	25
8.1.2. Pacientes com Idade Superior a 04 Meses de Idade	25
8.2. Identificação dos Tubos	26
8.3. Validade das Amostras para os Testes de Compatibilidade	27
8.4. Critérios para Rejeição de Amostras	27

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 2/50

ÍNDICE	PAG
8.5. Encaminhamento de Amostras	28
8.6. Transporte de Amostras	28
8.7. Tempo de Liberação dos Testes Pré-Transfusionais	28
8.8. Envio de Resultados	29
9. TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA	29
10. LIBERAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS INCOMPATÍVEIS	29
11. RELATÓRIO ANALÍTICO DE BOLSAS DISTRIBUÍDAS	30
12. ATENDIMENTO / INFORMAÇÕES	30
12.1. Laboratório de Compatibilidade (Prova Cruzada)	30
12.2. Laboratório de Imunohematologia Especializada	31
12.3. Setor de Produção / Expedição	31
13. FATURAMENTO DOS PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS	31
13.1. Atendimento a Usuários SUS	31
13.2. Atendimento a Usuários Não SUS	33
14. TREINAMENTO INICIAL E CONTINUADO	33
15. REAÇÕES TRANSFUSIONAIS	34
16. RETROVIGILÂNCIA	34
15.1. Soroconversão de Doadores	35
16.1.1. Devolução de Hemocomponentes	35
16.1.2. Rastreamento de Receptores	35
16.2. Soroconversão de Pacientes	35
17. CAPTAÇÃO DE DOADORES	36
18. LEITURA RECOMENDADA	36
ANEXOS:	
Anexo 01: Relatório Analítico de Bolsas Distribuídas	38
Anexo 02: Formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque	39
Anexo 03: Formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes	41
Anexo 04: Requisição para Estudo Imunohematológico	43
Anexo 05: Formulário de Devolução de Hemocomponentes	44
Anexo 06: Termo de Autorização Transfusão de Hemocomponentes Incompatíveis	45
Anexo 07: Termo de Autorização de Transfusão de Hemocomponentes com Equivalência Antigênica Parcial	46

HEMOBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 3/50

ÍNDICE	PAG
Anexo 08: Lista de Telefones e e-mails da Hemorrede Pública do Estado	47
Anexo 09: Unidades que Realizam Procedimentos Modificados	48
Anexo 10: Relatório Analítico de Bolsas Transfundidas das Unidades Conveniadas e Particulares	50

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 4/50

INTRODUÇÃO

O presente Manual tem como finalidade orientar os profissionais que atuam em instituições de saúde conveniadas a Hemoba, oferecendo toda a sistemática operacional e de funcionamento das unidades com a Hemoba (Unidade Fornecedora).

1. A FUNDAÇÃO HEMOBA

A Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – Hemoba foi criada pela Lei Estadual 5.184 de 1989, faz parte da Administração Indireta, está vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, cuja finalidade é assegurar a oferta de sangue e seus componentes e prestar assistência em Hematologia e Hemoterapia à população do estado da Bahia de acordo com a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

A Hemoba é formada por um Hemocentro Coordenador, com sede em Salvador, duas Unidades Móveis, um Hemocentro Regional em Eunápolis, dezenove Unidades de Coleta e Transfusão (UCT), quatro Unidades de Coleta (UC) distribuídas pelas macrorregiões de saúde do estado da Bahia.

Tabela 1: Hemorrede Pública do estado da Bahia por regiões de saúde

Hemorrede Pública do Estado da Bahia	
Regiões de Saúde	Unidade da Hemorrede
Centro-Leste	UCT Feira de Santana
	UCT Itaberaba
	UCT Seabra
Centro-Norte	UCT Irecê
	UCT Jacobina
Extremo-Sul	HR Eunápolis
	UCT Teixeira de Freiras
Leste	Hemocentro Coordenador
	UCT Camaçari
	UCT Santo Antonio de Jesus
	UC Hospital Santo Antônio - OSID
	UC Hospital do Subúrbio
Nordeste	UCT Alagoinhas
	UCT Ribeira do Pombal
Norte	UCT Juazeiro
	UCT Paulo Afonso
	UCT Senhor do Bonfim

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 5/50

Oeste	UCT Barreiras
Sudoeste	UCT Brumado
	UCT Guanambi
	UCT Itapetinga
	UCT Vitória da Conquista
Sul	UCT Jequié
	UC Valença

UCT= Unidade de Coleta e Transusão

UC=Unidade de Coleta

Fonte: Hemorrede/Hemoba

2. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

A seguir, a descrição das duas modalidades de atendimento:

a) Agência Transfusional (AT): A Instituição de Saúde Conveniada dispõe de estrutura para armazenamento de hemocomponentes e realização de testes pré-transfusionais. Os hemocomponentes são distribuídos para estoque pela Hemoba, que é responsável pela orientação técnica conforme necessário.

b) Unidade de Assistência Hemoterápica (UAH) – A Instituição de Saúde Conveniada não dispõe de agência transfusional. A Hemoba dispensa hemocomponentes já compatibilizados, a partir de solicitação médica específica para o receptor e disponibilização de amostras pelo serviço solicitante. A Hemoba se responsabiliza pela realização dos testes pré-transfusionais, fornecimento dos modelos de formulários necessários para a solicitação dos hemocomponentes e, orientação técnica conforme necessário.

3. CONVÊNIO E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Os convênios para fornecimento de hemocomponentes serão estabelecidos mediante manifestação formal da Instituição de Saúde, seguindo o artigo 273 da Portaria GM/MS nº 158/2016 – Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos, acompanhado do formulário de Pré-Convênio e dos documentos listados nesse instrumento.

“Art. 273 – 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”.

As Instituições de Saúde devem ter licença sanitária, bem como sua renovação anual independentemente de seu nível de complexidade, devendo estar sob

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 6/50

responsabilidade técnica de profissional médico, que responderá pelas atividades executadas pelo serviço, além disso, deve contar com outro profissional médico treinado para ser o responsável Técnico substituto.

Caso ocorra mudança do Responsável Técnico da Instituição de Saúde e/ou seu substituto durante a vigência do Convênio Hemoterápico, a Instituição de Saúde Conveniada deverá comunicar a Hemoba, através do setor de Assessoria Técnica (ASTEC), a respectiva alteração.

3.1. Formulário Pré-Convênio

As Instituições de Saúde devem encaminhar à Hemoba, através do setor de Assessoria Técnica (ASTEC), o Formulário de Pré-Convênio devidamente preenchido e assinado pelo Representante Legal, anexando cópias da documentação necessária para formalização desse instrumento, inclusive o documento legal comprobatório da Responsabilidade Técnica de profissional médico, e seu respectivo substituto, os quais responderão pelas atividades executadas pelo serviço.

Independentemente do nível de complexidade, todos os serviços deverão apresentar a licença expedida pelo órgão de Vigilância Sanitária competente para o desenvolvimento de quaisquer atividades inerentes ao Ciclo do Sangue.

Obs: o Formulário de Pré-Convênio está disponível no *link* abaixo:

http://www.saude.ba.gov.br/hemoba/download_arquivos/Formulario_de_Pre_Convenio.pdf

3.2. Minuta do Convênio Hemoterápico

A Minuta do Termo de Convênio a ser celebrado entre a Hemoba e as Instituições de Saúde está disponibilizada no *link* abaixo:

http://www.saude.ba.gov.br/hemoba/download_arquivos/TERMO_DE_CONVENIO_HEMOTERAPICO_Red_e_Conveniada.pdf

3.3. Documentação Necessária

Os convênios para fornecimento de hemocomponentes, exames ou outros serviços, serão estabelecidos mediante a manifestação formal da Instituição de Saúde (Formulário Pré-Convênio) e encaminhamento de cópias dos seguintes documentos:

- CNPJ
- Alvará de Funcionamento
- Licença de Funcionamento

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 7/50

- Cadastro Nacional de Estabelecimento De Saúde (CNES)
- Termo de Responsabilidade Técnica (Titular e Substituto) do hospital
- CPF e RG do Responsável Legal (Titular e Substituto)
- Certidão Negativa de Débitos (CND) para com o fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS)
- Certidão Negativa de Débitos (CND) com a Fazenda Pública Federal (Divida Ativa da União)
- Contrato Social ou Estatuto Social, bem como, se houver, documento referente à última alteração deste, acompanhado de comprovante de que o Representante Legal detém poderes para este fim específico
- Diploma e Ata de Posse do Chefe do Executivo Municipal, Estadual ou representação quando se tratar de um ente da União
- Comprovação da competência da Unidade Gestora para a celebração de convênios

A formalização dos convênios será feita pela Assessoria Técnica da Fundação Hemoba, em 03 vias de igual teor, sendo a 1ª via da Hemoba, a 2ª via da Unidade Hemoba Fornecedora e a 3ª via do Conveniente.

4. SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Os hemocomponentes podem ser solicitados para manutenção do estoque da AT ou para transfusão, e é responsabilidade da Instituição de Saúde Conveniada o gerenciamento do estoque de hemocomponentes, solicitando somente o necessário para atendimento de seus pacientes. Com o objetivo de evitar desperdícios, deve manter os estoques compatíveis com a necessidade, conforme a média histórica de utilização. Cada serviço deve ainda garantir que seja respeitada a utilização dos hemocomponentes dentro da validade preconizada (impressa no rótulo de cada unidade) e o monitoramento da validade dos hemocomponentes, além da destinação exclusiva dos componentes compatibilizados (com etiqueta de transfusão) para os pacientes específicos para os quais foram preparados.

As Instituições de Saúde conveniadas deverão enviar mensalmente, até o dia 10 de cada mês, o Relatório Analítico de Bolsas Distribuídas (anexo 01) para a Unidade Hemoba Fornecedora, no setor de Expedição. Nele deverão constar dados do que foi feito com as bolsas de hemocomponentes recebidas provenientes da Hemoba como: número

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 8/50

da bolsa, tipo de hemocomponente, o nome do paciente que recebeu a transfusão, a data da transfusão ou descarte ou devolução.

A solicitação de hemocomponentes deve ser realizada conforme descrito a seguir:

4.1. Solicitação de Hemocomponentes para Estoque – Clientes Externos

- As solicitações de hemocomponentes para estoque deverão ser realizadas antecipadamente a Unidade Hemoba Fornecedora via telefone ou e-mail (anexo 08). Terão validade de 24 horas.
- As solicitações de hemocomponentes para estoque deverão ser realizadas preferencialmente de segunda-feira à sexta-feira nos turnos diurnos, ficando os turnos noturnos, finais de semanas e feriados destinados aos atendimentos de urgências e emergências.
- O Formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02) deverá ser preenchido em 02 vias e entregue ao responsável do Setor de Expedição no momento da retirada dos hemocomponentes. Uma via ficará na Expedição e a outra via será entregue ao responsável pelo transporte da unidade requisitante.
- As solicitações deverão ser assinadas e carimbadas ou assinadas com letra legível exclusivamente por médicos informando seu CRM.
- O formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque - SHE (anexo 02) deverá ser preenchido corretamente, sem rasuras, de maneira completa e legível, identificando os seguintes campos: Unidade Requisitante, data e horário da requisição, Unidade Fornecedora, nome do médico responsável com assinatura legível e carimbo, nome do técnico responsável da unidade requisitante com assinatura legível e carimbo, quantidade do produto solicitado e quantidade do hemocomponente existente em estoque na unidade requisitante. As solicitações rasuradas, incompletas ou preenchidas incorretamente não serão aceitas para fins de liberação de hemocomponentes.
- A unidade requisitante será informada via telefone da disponibilidade em estoque e da quantidade de hemocomponente que será reservada para envio.
- A unidade requisitante deverá trazer caixas térmicas adequadas com material refrigerante (gelo reciclável), respeitando a especificidade de acondicionamento de cada tipo de hemocomponente. Ou seja, para cada tipo de hemocomponente, uma

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 9/50

caixa térmica, com exceção do plasma e do crioprecipitado que podem ser acondicionados e transportados na mesma caixa.

- Caso a unidade requisitante não traga a quantidade necessária de caixa térmica, o Setor de Expedição informará o ocorrido via telefone, para que a unidade requisitante decida qual hemocomponente será enviado. Se por ventura o Setor de Expedição não conseguir contatar com a unidade requisitante, o mesmo escolherá aleatoriamente o hemocomponente a ser enviado, se eximindo de qualquer responsabilidade. Será registrado na Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE) o hemocomponente que por ventura não possa ser fornecido por falta de caixa térmica e material refrigerante.
- Não será liberado hemocomponente para unidades requisitantes que não apresentarem caixas térmicas, ou apresentarem recipientes de isopor ou caixas térmicas em más condições de conservação para transporte.
- A retirada do produto será permitida apenas por pessoa autorizada, devidamente identificada com crachá e/ou fardamento da instituição, portando caixa térmica para transporte dos hemocomponentes, identificada com a etiqueta “*Exempt Human Specimen*” (Espécime Humana Isenta) e formulário original de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02), devendo a mesma registrar no formulário de expedição, de forma legível, sua assinatura, data e horário da retirada do hemocomponente.

4.2. Solicitação de Hemocomponentes para Estoque – Clientes Internos (Unidades Hemoterápicas que compõem a Hemoba, localizadas no interior do estado da Bahia)

- As solicitações de hemocomponentes para estoque das unidades do interior deverão ser realizadas com antecedência de 24 horas via e-mail (anexo 8) devido à necessidade de programação de transporte para envio. Terão validade de 72 horas e se por ventura o transporte for programado para depois das 72 horas do pedido, será necessário o envio de nova solicitação com a data do dia que foi programado.
- As solicitações de hemocomponentes para estoque deverão ser realizadas preferencialmente de segunda-feira à sexta-feira nos turnos diurnos, ficando os turnos noturnos, finais de semanas e feriados destinados aos atendimentos de urgências e emergências. O formulário de Solicitação de Hemocomponentes para

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 10/50

Estoque (anexo 02) deverá ser preenchido corretamente, sem rasuras, de maneira completa e legível, preenchendo os seguintes campos: identificação e endereço da Unidade Requisitante, data e horário da requisição, Unidade Fornecedora, nome do médico responsável com assinatura legível e carimbo ou assinatura por extenso com CRM informado, nome do técnico responsável da unidade requisitante com assinatura legível e carimbo, quantidade do produto solicitado e quantidade do hemocomponente existente em estoque na unidade requisitante. As solicitações rasuradas ou preenchidas incorretas ou incompletas não serão aceitas para fins de liberação de hemocomponentes.

- A unidade requisitante terá o prazo de 08 dias para enviar via SEDEX o formulário original de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02) para o setor de Expedição.
- Caso a unidade requisitante venha buscar os hemocomponentes no Setor de Expedição, deverão ser preenchidas 02 vias do Formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02) que serão entregues ao responsável da Expedição no momento da retirada dos hemocomponentes. Uma via ficará na Expedição e a outra via será entregue ao responsável pelo transporte da unidade requisitante.
- A unidade requisitante deverá informar o dia em que irá buscar o hemocomponente solicitado para que a reserva seja realizada até a data marcada. Caso contrário, o Setor de Expedição não terá como garantir a reserva.
- A retirada do produto será permitida apenas por pessoa autorizada, devidamente identificada com crachá e/ou fardamento da instituição, portando caixa térmica para transporte dos hemocomponentes, identificada com a etiqueta *“Exempt Human Specimen”* (Espécime Humana Isenta) e formulário original de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02), devendo a mesma escrever de forma legível sua assinatura, data e horário da retirada do hemocomponente no formulário de expedição.
- A unidade requisitante deverá trazer caixas térmicas adequadas com material refrigerante (gelo reciclável), respeitando a especificidade de acondicionamento de cada tipo de hemocomponente. Ou seja, para cada tipo de hemocomponente, uma caixa térmica, com exceção do plasma e do crioprecipitado que podem ser acondicionados e transportados na mesma caixa.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 11/50

- Caso a unidade requisitante não traga a quantidade necessária de caixa térmica, o Setor de Expedição informará o ocorrido via telefone, para que a unidade requisitante decida qual hemocomponente será enviado. Se por ventura o Setor de Expedição não conseguir contatar com a unidade requisitante, o mesmo escolherá aleatoriamente o hemocomponente a ser enviado, se eximindo de qualquer responsabilidade. Será registrado na Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE) o hemocomponente que por ventura não possa ser fornecido por falta de caixa térmica e material refrigerante.
- Não será liberado hemocomponente para unidades requisitantes que não apresentarem caixas térmicas, ou apresentarem recipientes de isopor ou caixas térmicas em más condições de conservação para transporte.
- A unidade requisitante deverá tentar transporte com a Secretária Municipal de Saúde, Núcleo Regional de Saúde, Hospital Conveniado. Caso não consiga transporte disponível para buscar o hemocomponente solicitado, deverá entrar em contato com a Coordenação de Transporte da Hemoba (CMAS) pelos telefones (71) 3116-5669/3116-5670 para agendar o envio que irá depender da disponibilidade de transporte no serviço. A unidade requisitante será informada via telefone pelo setor de Expedição sobre a data e hora do envio do hemocomponente.

4.3. Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão – Clientes Externos

- A solicitação de Hemocomponentes para Transfusão deverá ser feita ao Setor de Compatibilidade via telefone ou e-mail (anexo 08);
- A solicitação de hemocomponentes para transfusão deverá ser realizada através do Formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes - STH (anexo 03), encaminhado em 02 vias, preenchidos de maneira correta, completa e legível, sem apresentar qualquer tipo de rasura.

Obs: **a)** Este formulário apresenta frente e verso. Antes de enviar a “Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes”, observar se o mesmo está completo. Não encaminhar essa solicitação com frente e verso separadamente.

b) Solicitações rasuradas ou preenchidas incorretas ou incompletas não serão recebidas para fins de liberação de hemocomponentes, conforme exigências da legislação vigente e será notificada a Instituição de Saúde e comunicado, em caso de recorrência, à DIVISA.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 12/50

c) Em caso de solicitação de concentrado de hemácias fenotipado, o fenótipo do paciente deverá constar no formulário STH. Caso o paciente não tenha a fenotipagem, solicitar através do formulário de Requisição para Estudo Imunohematológico – REIH (anexo 04).

d) Relação do código do IBGE e Etnia: Ver *site* do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: www.ibge.gov.br).

- A unidade requisitante será informada via telefone da disponibilidade em estoque e da quantidade de hemocomponente que poderá ser reservada e preparada para envio.
- A amostra do paciente deverá ser enviada ao Setor de Compatibilidade devidamente identificada, conforme determina a legislação vigente (Portaria 158/2016, Artigo 174).
- Orientações sobre o preenchimento da Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (STH), assim como sobre as amostras a serem enviadas (tipo de tubo, quantidade de tubo, volume das amostras e validade das amostras) → consultar o item 8 “ENVIO DE AMOSTRAS DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS” constante neste manual. Esclarecimentos poderão ser também solicitados ao Setor de Compatibilidade do Hemocentro Coordenador através do número (71) 3116-5693 ou o e-mail: provacruzada@hemoba.ba.gov.br.
- Para reservas cirúrgicas deverão ser encaminhados pedidos e amostras com pelo menos 24 horas de antecedência.
- A unidade requisitante deverá certificar-se da finalização dos testes de compatibilidade antes de buscar o hemocomponente na Hemoba entrando em contato com o Setor de Expedição através do telefone (anexo 08). O Setor de Expedição informará apenas se os hemocomponentes compatibilizados estão disponíveis.
- A realização de testes de compatibilidade com bolsas heterogrupo poderá ser feita mediante autorização pelo médico solicitante registrada no Formulário STH (anexo 03).
- No momento da entrega das duas vias do formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (anexo 03) e da amostra do paciente, o responsável da unidade requisitante receberá o canhoto da solicitação (comprovante de entrega) que deverá ser utilizado posteriormente para a retirada do hemocomponente compatibilizado. Obs: Em caso de solicitações de mais de uma bolsa para

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 13/50

transfusão em um mesmo paciente, será enviado uma quantidade de canhotos (comprovante de entrega) igual ao número de bolsas que foi solicitado.

- A retirada do produto será permitida apenas por pessoa autorizada, devidamente identificada com crachá e/ou fardamento da instituição, portando em mãos o canhoto da Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes, preenchido de forma legível e caixa térmica para transporte dos hemocomponentes identificada com a etiqueta *“Exempt Human Specimen”* (Espécime Humana Isenta). O responsável pela retirada do produto deverá escrever de forma legível sua assinatura, data e horário da retirada do hemocomponente no formulário de expedição.
- A unidade requisitante deverá trazer caixas térmicas adequadas (material rígido, lavável, com termômetro e qualificada), identificadas com o nome e endereço, contendo material resfriador e isolante térmico em quantidade suficiente de acordo com o total de hemocomponentes solicitados, respeitando a especificidade de acondicionamento de cada tipo de hemocomponente. Ou seja, para cada tipo de hemocomponente, uma caixa térmica, com exceção do plasma e do crioprecipitado que podem ser acondicionados e transportados na mesma caixa.
- Temperatura para transporte:

HEMOCOMPONENTES	TEMPERATURA
CH	1°C – 10°C
CP	20°C – 24°C
PFC	Manter congelado
CRIO	Manter congelado

- A unidade requisitante deverá ser responsável pelo transporte adequado e seguro dos hemocomponentes, pela higienização das caixas térmicas e pela validação do transporte.
- Caso a unidade requisitante não traga a quantidade necessária de caixa térmica, o Setor de Expedição informará o ocorrido via telefone, para que a unidade requisitante decida qual hemocomponente será enviado. Se por ventura o Setor de Expedição não conseguir contatar com a unidade requisitante, o mesmo escolherá aleatoriamente o hemocomponente a ser enviado, se eximindo de qualquer responsabilidade.

HEMOBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 14/50

- Não será liberado hemocomponente para unidades requisitantes que não apresentarem caixas térmicas adequadas com material refrigerante (gelo reciclável/gelox), ou apresentarem recipientes de isopor ou caixas térmicas em más condições de conservação para transporte. Será registrado na Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE) o hemocomponente que por ventura não possa ser fornecido por falta de caixa térmica e material refrigerante.

5. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS

Os setores de Produção da Hemoba informam aos clientes conveniados, os critérios para solicitações de hemocomponentes especiais que deverão ser realizadas através do formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes - STH (Anexo 03) ou do formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque – SHE (Anexo 02) ambos para os clientes internos e externos.

FIGURA 1 (STH)

	Fenotipagem		
	Produto	Nº unidades ou volume (mL)	Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente
	☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação ☐ lavagem
	☐ PLASMA FRESCO		☐ aliquotagem
	☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS		☐ aliquotagem ☐ filtração ☐ irradiação
	☐ CRIOPRECIPITADO		

FIGURA 2 (SHE)

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS*								
HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS	SOLICITADO				FORNECIDO			
	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-
Concentrado de hemácias Filtradas								
Concentrado de hemácias Filtradas e Irradiada								
Concentrado de Plaquetas Filtradas								
Concentrado de Plaquetas Filtradas e Irradiadas								
Bolsas Pediátricas (Aliquota)								
Volume das Aliquotas (30, 50 ou 100 ml)								
Observações:								

*Será disponibilizado mediante apresentação de Relatório Médico.

5.1. Solicitação de Hemocomponentes Modificados

- A solicitação de hemocomponentes especiais para transfusão deverá ser feita ao Setor de Compatibilidade via telefone (anexo 09) (ver fig. 1). A solicitação para

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 15/50

estoque deverá ser feita ao Setor de Expedição via telefone (ver fig. 2) ou e-mail (anexo 09).

- O médico solicitante deverá justificar a necessidade do hemocomponente especial a partir de um relatório descritivo do quadro clínico do paciente e seu histórico transfusional, especificando os sinais de reação transfusional, caso o paciente tenha apresentado.
- A agência transfusional requisitante poderá enviar o hemocomponente para ser preparado na Hemoba, mas não será recebido aquele que venha em recipientes de isopor ou em caixas térmicas inadequadas em más condições de armazenamento e transporte.

5.1.1 Solicitação de Alíquotas Pediátricas

- A solicitação deve ser programada antecipadamente com a Coordenação de Produção via telefone (anexo 09), de 2ª feira à 6ª feira, no turno diurno, para acordar a rotina de pedido semanal.
- A solicitação de hemocomponentes alíquotados para estoque deverá ser realizada com antecedência de 48 horas para o Setor de Expedição via telefone ou e-mail (anexo 09) preferencialmente de segunda-feira à quinta-feira no turno diurno, informando a quantidade e o volume de cada alíquota. Obs: são disponibilizados para estoque, alíquotas dos grupos sanguíneos “O positivo” e “O negativo”.
- Hemocomponente alíquotado de grupo sanguíneo que não seja do tipo “O”, poderá ser solicitado apenas para transfusão imediata, justificando a necessidade do hemocomponente com um relatório descritivo do quadro clínico da criança e o ABO e Rh conhecidos.
- Os volumes disponíveis para solicitação de alíquotas são: 30 ml, 50 ml e 100 ml.
- Em caso de alíquotas de plasma fresco congelado (PFC), a programação poderá ser realizada no mesmo dia da solicitação, devendo atentar para o tempo de preparo do hemocomponente, que será de aproximadamente 25 minutos (descongelamento e alíquotagem). Após descongelamento a validade do PFC será de 24 horas se conservado em temperatura de 2°C – 6°C.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 16/50

5.1.2 Solicitação de Hemácias Lavadas – Procedimento exclusivo do Hemocentro Coordenador

- A programação de Concentrado de Hemácias Lavadas deverá ser feita com antecedência de 24 horas, de segunda-feira à quinta-feira, sendo necessário o envio do relatório médico justificando a solicitação de lavagem e o envio da amostra do paciente devidamente identificada para o Setor de Compatibilidade (quando a unidade não possuir Agência Transfusional) ou o envio da bolsa compatibilizada para o Setor de Expedição do Hemocentro Coordenador (encaminhar um documento que comprove a compatibilidade do hemocomponente para que o Setor de Expedição possa dar prosseguimento).
- A bolsa de CH que será lavada deve ter no máximo 05 dias de coleta.
- O tempo do procedimento é de aproximadamente 120 minutos (60 minutos para compatibilizar e 60 minutos para lavar) e a validade da bolsa de hemácias lavadas é de 24 horas, se conservado em temperatura de 2°C – 6°C. Por isso, faz-se necessário uma programação prévia de 24 horas a fim de evitar perdas desnecessárias e garantir o produto para uso transfusional.
- Heterogrupo só será fornecido mediante autorização do médico solicitante.

5.1.3 Solicitação de Filtração de Hemocomponentes

A programação de Concentrado de Hemácias Filtrado pode ser feita no mesmo dia da solicitação, preferencialmente no turno diurno, devendo enviar a amostra do paciente devidamente identificada para o Setor de Compatibilidade (quando a unidade não possuir Agência Transfusional) ou enviar a bolsa compatibilizada para o Setor de Expedição.

5.1.3.1 Hemocomponentes filtrados (CH e CP) para estoque:

- O pedido pode ser feito no mesmo dia para o Setor de Expedição, preferencialmente no turno diurno;
- Enviar a Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (SHE) devidamente preenchida e relatório médico justificando o pedido;
- O procedimento dura aproximadamente 30 minutos;
- A bolsa de CH deve ter no máximo 03 dias de coleta.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 17/50

5.1.3.2 Hemocomponentes filtrados (CH e CP) para transfusão:

- O pedido pode ser feito no mesmo dia para o Setor de Compatibilidade, preferencialmente no turno diurno;
- Enviar a Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (STH) devidamente preenchida e relatório médico justificando o pedido;
- A amostra do paciente deverá ser devidamente identificada conforme determina a legislação vigente e enviada ao Setor de Compatibilidade (Portaria 158/2016, Artigo 174);
- O procedimento para CH é de aproximadamente 90 minutos (60 minutos para compatibilizar e 30 minutos para filtrar);
- O procedimento para CP é de aproximadamente 40 minutos (20 minutos para tipagem sanguínea e 20 minutos para filtrar);

Obs: **a)** As agências transfusionais (AT) e as unidades da hemorrede pública deverão utilizar o formulário de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (Anexo 02) para solicitar bolsas filtradas para estoque e as unidades de assistência hemoterápica (UAH) deverão utilizar o formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (Anexo 03) para solicitar bolsas filtradas para transfusão, justificando a necessidade dos hemocomponentes modificados a partir de um relatório descritivo do quadro clínico dos pacientes em questão, com histórico transfusional especificando sinais de reação transfusional, caso tenham apresentado.

b) A programação de Concentrado de Plaquetas Filtrado pode ser realizada no mesmo dia da solicitação, preferencialmente no turno diurno, devendo enviar a amostra do paciente devidamente identificada para o Setor de Compatibilidade, o qual realizará a tipagem sanguínea (quando a unidade não possuir Agência Transfusional). Caso o cliente tenha conhecimento da tipagem sanguínea do seu paciente, deverá realizar a solicitação do grupo sanguíneo e fator Rh no formulário “Solicitação de Hemocomponentes para Transfusão” (ver fig. 2).

5.1.4 Solicitação de Hemocomponentes Irradiados - Procedimento exclusivo do Hemocentro Coordenador

O procedimento de irradiação é terceirizado e por isso, a programação deve ser feita antecipadamente com o setor de Expedição e Coordenação de Produção do Hemocentro Coordenador, de 2ª feira à 6ª feira, no turno diurno, via telefone (71) 3116-

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 18/50

5691 e enviar por e-mail: expedicao@hemoba.ba.gov.br, a solicitação, juntamente com o relatório médico justificando a necessidade do hemocomponente, descrevendo o quadro clínico do paciente, o ABO e Rh conhecidos.

- Heterogrupo só será fornecido mediante autorização do médico solicitante.
- Por se tratar de um serviço terceirizado, não realizamos este procedimento nos finais de semana e feriados.
- Para UAH → enviar a STH e as amostras devidamente identificadas conforme determina a legislação vigente (Portaria 158/16, Artigos 169 e 174).

5.6. Solicitação de Hemocomponentes Fenotipados para Estoque

- A solicitação de bolsas fenotipadas de Concentrado de Hemácias para estoque deve ser feita inicialmente ao Setor de Compatibilidade via telefone (71) 3116-5693, informando o fenótipo desejado, para verificar a disponibilidade em estoque.
- A unidade requisitante deverá enviar por e-mail ao Setor de Expedição (e-mail: expedicao@hemoba.ba.gov.br, com cópia para o Setor de Compatibilidade (e-mail: provacruzada@hemoba.ba.gov.br), o formulário “Solicitação de Hemocomponentes para Estoque” (anexo 02) devidamente preenchido, se atentando para o campo “Em caso de fenotipagem estendida”;
- Preencher o nome do paciente que fará uso da bolsa e informar o fenótipo no campo determinado colocando o grupo sanguíneo e quantidade desejada (Ver fig.3);
- Anexar ao pedido, a cópia do laudo da fenotipagem;
- Heterogrupo só será fornecido mediante autorização do médico solicitante.

FIGURA 3

<i>Em caso de Fenotipagem Estendida</i>				
NOME DO PACIENTE	FENOTIPAGEM	ABO/Rh D	QUANTIDADE	FORNECIDO

6. CRITÉRIOS PARA DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

Os Setores de Expedição da Hemoba informam aos clientes conveniados, os critérios para devolução de hemocomponentes:

HEMOBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 19/50

- A devolução de bolsas é realizada através do envio dos hemocomponentes juntamente com o formulário “Devolução de Hemocomponentes” (Anexo 05) que deverá estar devidamente preenchido de forma completa, atentando para os campos de “Nome da Agência Transfusional ou Unidade de Assistência Hemoterápica”, “Data de Recebimento”, “Data de Validade” e “Motivo da Devolução”, assinado e carimbado pelo responsável técnico sem rasuras (ver fig. 4).

FIGURA 4

O formulário "DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES" contém as seguintes seções:

- Identificação:** Nome da Agência Transfusional ou Unidade de Assistência Hemoterápica (com campo para "AT ou UAH"), Data de recebimento, Data de validade, e Motivo de descarte devolução.
- Tabela de Registro:** Uma tabela com 14 linhas e 6 colunas: N° Ordem, N° da Bolsa, Tipo de Hemocomponente, Ano (em branco), Data de Recebimento, e Data de Validade. O campo "Motivo da Devolução" é compartilhado com a última coluna.
- Assinaturas e Carimbos:**
 - SAÍDA DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL:** Campo para "ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA)" e campos para DATA, HORA, e TEMPERATURA CEGADA (°C).
 - CHEGADA AO HEMOCENTRO COORDENADOR:** Campos para RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA), DATA, HORA, e TEMPERATURA CEGADA (°C).
 - SAÍDA DA UNIDADE CONVENIADA:** Campos para ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA), DATA, HORA, e TEMPERATURA CEGADA (°C).
 - CHEGADA A UNIDADE FORNECEDORA:** Campos para RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA), DATA, HORA, e TEMPERATURA CEGADA (°C).

Indicações no formulário:

- Um campo "Assinar e carimbar" aponta para o campo "ENTREGUE POR" da seção "SAÍDA DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL".
- Setas indicam os campos "AT ou UAH", "Data de recebimento", "Data de validade", e "Motivo de descarte devolução".

- Os hemocomponentes devem estar apresentando as seguintes condições:
- ✓ Acondicionamento de forma adequada, de acordo com o tipo de hemocomponente: a caixa térmica deverá estar em boas condições de higiene, com presença de gelox e com a disposição adequada dos hemocomponentes;
- ✓ Conformidade das bolsas: plastificante íntegro e etiqueta íntegra, firmemente aderida à bolsa;
- ✓ Conformidade do tubo coletor: deverá estar íntegro, sem rompimento, não podendo estar curto e com mais de uma selagem;
- ✓ Rotulagem: as informações contidas no rótulo deverão estar legíveis e completas;
- ✓ Validade: a data de validade da bolsa deverá ser igual ou superior a **15 dias**, caso tenha sido expedida para estoque. Caso tenha sido expedida para transfusão, a bolsa deverá estar dentro do período de **72 horas** após sua expedição, respeitando a validade dos testes de compatibilidade;

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 20/50

- Caso a unidade não possua refrigerador para a guarda do concentrado de hemácias, estas deverão ser devolvidas no prazo máximo de 06 horas, após a expedição em caixa térmica, se tiverem apresentando temperatura adequada (CH: 1°C – 10°C), no momento da chegada ao Setor de Expedição da Hemoba. **Obs:** Não serão aceitas as devoluções de CP, PFC e CRIO.
- A Devolução de Hemocomponentes deverá ser realizada após contato com o Setor de Expedição, através de telefone (anexo 08), informando a quantidade, a validade, as formas de armazenamento e transporte e a tipagem sanguínea das bolsas a serem devolvidas.
- De acordo com a avaliação das informações fornecidas e do quantitativo do hemocomponente disponível em estoque na Hemoba, a devolução poderá ser aceita ou não. **Obs:** Não devolver bolsas nos finais de semana ou feriados.
- Não serão aceitas devoluções de unidades de concentrado de hemácias que forem expedidas para estoque quando estas apresentarem prazo de validade inferior a 15 dias.
- Serão aceitas devoluções de unidades de concentrado de hemácias em período inferior a 15 dias apenas em casos de estoque crítico na Hemoba, mediante autorização da Coordenação de Produção, levando em consideração as condições de armazenamento e transporte.
- Não serão aceitas devoluções de unidades de concentrado de hemácias compatibilizadas que forem expedidas para transfusão, com prazo maior que 72 horas, a não ser em casos de estoque crítico na Hemoba, mediante autorização da Coordenação de Produção, levando em consideração as condições de armazenamento e transporte.
- Não será aceita devolução de concentrado de plaquetas, crioprecipitado e plasma fresco para reintegração ao estoque da Hemoba.
- A devolução de concentrado de plaquetas será permitida apenas em casos de estoque crítico na Hemoba levando em consideração as condições de armazenamento e transporte, mediante autorização da Coordenação de Produção.
- Na presença de qualquer irregularidade, a bolsa devolvida não será aceita pelo Setor de Expedição desta Fundação.
- Em casos de inconsistência de dados, a unidade responsável pelo envio será informada sobre o fato e deverá enviar novo impresso corrigido.

HEMBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 21/50

- As bolsas encaminhadas que não estiverem listadas no Formulário de Devolução de Hemocomponentes (anexo 05) serão devolvidas para a unidade responsável pela devolução, comunicando a ausência de registro das mesmas no impresso.

7. TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES

A unidade requisitante deverá ser responsável pelo transporte adequado e seguro dos hemocomponentes, pela validação do transporte e pela higienização das caixas térmicas.

- Material necessário para realizar o transporte de hemocomponentes:
 - ✓ Caixas Térmicas (material rígido, lavável, com termômetro, identificada e qualificada);
 - ✓ Material Resfriador (gelo reciclável “GELOX”, ou gelo seco, ou placas resfriadoras de butanodiol);
 - ✓ Termômetro digital com registro de temperatura mínima e máxima;
 - ✓ Isolante Térmico (folhas de E.V.A., placas de polipropileno ou de acrílico, plástico bolha): tem o objetivo de evitar o contato direto do material resfriador com o hemocomponente;
 - ✓ Fita adesiva;
 - ✓ Validar o processo de transporte;
 - ✓ Registros.
- A unidade requisitante deverá trazer caixas térmicas adequadas, identificadas com o nome e endereço do destinatário e remetente, contendo material resfriador e isolante térmico em quantidade suficiente de acordo com o total de hemocomponentes solicitados, respeitando a especificidade de acondicionamento de cada tipo de hemocomponente. Ou seja, para cada tipo de hemocomponente, uma caixa térmica, com exceção do plasma e do crioprecipitado que podem ser acondicionados e transportados na mesma caixa.

Caixa para
CH

Caixa para
CP

Caixa para
PFC e CRIO

IMPORTANTE: As bolsas devem estar na temperatura adequada ao serem colocadas na caixa térmica, pois gelo reciclável não é ideal para resfriar bolsas e sim manter a temperatura.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 22/50

- Temperatura para transporte:

HEMOCOMPONENTES	TEMPERATURA
CH	1°C – 10°C
CP	20°C – 24°C
PFC	Manter congelado
CRIO	Manter congelado

- Não será liberado hemocomponente para unidades requisitantes que não apresentarem caixas térmicas, ou apresentarem recipientes de isopor ou caixas térmicas em más condições de higiene e conservação para transporte. As caixas que se apresentarem sem condições de uso serão devolvidas sem os hemocomponentes.
- O transporte de hemocomponentes deverá ser realizado somente por pessoa autorizada, devidamente identificada com crachá e/ou fardamento da unidade requisitante, portando caixa térmica para transporte dos hemocomponentes, identificada com a etiqueta “Exempt Human Specimen” (Espécime Humana Isenta) e formulário original de Solicitação de Hemocomponentes para Estoque (anexo 02) ou Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (anexo 03) devidamente preenchidos.
- A unidade requisitante deverá realizar o controle de temperatura dos hemocomponentes durante o transporte. O termômetro da caixa térmica será zerado no momento da saída do Setor de Expedição do Hemocentro Coordenador da HEMOBA, para apagar da memória o registro das temperaturas anteriores, registrando apenas a atual. **Obs:** Existe o formulário “Controle de temperatura de Hemocomponentes no Transporte (CTHT)”, o qual deverá ser preenchido pelos clientes internos e externos, no momento da chegada das caixas nas unidades, registrando a temperatura máxima e mínima, em grau Celsius (Ver fig. 5).

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 23/50

FIGURA 5

		CONTROLE DE TEMPERATURA DE HEMOCOMPONENTES NO TRANSPORTE			CTHT Rev.0
Unidade Solicitante: _____			DATA: ____/____/____		HORA DO ENVIO: ____
			CAIXA TÉRMICA COM CH	CAIXA TÉRMICA COM CP	CAIXA TÉRMICA COM CRIO OU PLASMA
Chegada à unidade requisitante	Horário: ____:____	Temp. Mínima (°C)			
		Temp. Máxima (°C)			
		Temp. Atual (°C)			
Ass. do Responsável pelo Envio do formulário preenchido (Unidade solicitante de hemocomponentes)			Ass. do Responsável pelo Recebimento do formulário preenchido (HEMOBA)		

- Para os clientes externos, o setor de Expedição irá anexar o formulário CTHT na SHE e a unidade solicitante deverá devolver o formulário (CTHT) devidamente preenchido no dia seguinte. Para os clientes internos, o formulário CTHT deverá ser devolvida por e-mail no dia seguinte para o setor de Produção que forneceu o hemocomponente (anexo 08).
- O processo de controle de temperatura ao longo do transporte de hemocomponentes é imprescindível para garantia da qualidade do produto a ser transfundido, além de ser uma exigência da legislação vigente.

7.1. Validação do Transporte de Hemocomponentes

A validação do processo de transporte dos hemocomponentes em caixa térmica fornece evidências da real capacidade da caixa térmica no atendimento dos requisitos exigidos pelas legislações em vigor e garantem também a qualidade do produto.

- O processo de aquisição e qualificação das caixas térmicas para transporte de hemocomponentes é de responsabilidade do cliente. Em casos excepcionais, a qualificação das caixas térmicas poderá ser realizada pelo Laboratório de Controle de Qualidade (LCQ) do Hemocentro Coordenador da Hemoba. Para isso, é necessário enviar um ofício, para a Coordenação Geral de Laboratórios, solicitando a validação, para que a mesma possa agendar com o LCQ o procedimento, mediante a disponibilidade do setor.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 24/50

- Após a validação da caixa térmica, a unidade deverá enviar ao setor de Produção da Hemoba, uma cópia do relatório de validação do processo de transporte dos hemocomponentes para comprovar a conformidade do processo e a cada transporte dos hemocomponentes enviar o protocolo de montagem das caixas para que seja realizado o acondicionamento das bolsas de acordo com a validação realizada.
- O que considerar numa validação de transporte de hemocomponentes em caixas térmicas:
 - ✓ Volume da caixa;
 - ✓ Tipo e quantidade de hemocomponentes;
 - ✓ Quantidade de material resfriador;
 - ✓ Monitoramento da temperatura;
 - ✓ Tempo de transporte.
- Orientações expostas na tabela abaixo, referentes às condições para transporte de hemocomponentes, como exemplo de um protocolo de montagem para caixas térmicas. A quantidade de material resfriador utilizado está diretamente correlacionada com o modelo/marca da caixa térmica.

HEMOCOMPONENTE	QUANTIDADE	SUBSTÂNCIA RESFRIADORA	DISPOSIÇÃO	CAPACIDADE DAS CAIXAS TÉRMICAS	TEMPO DE TRANSPORTE
Concentrado de Plaquetas	Até 10 unidades	Gelo reciclável de 250 ml - 01 unidade na tampa	05 camadas com 02 CP cada	15 L	Máximo 24 Horas
Concentrado de Hemácias	09 unidades	Gelo reciclável de 300 ml - 02 unidades na parte inferior e 03 na parte superior	03 camadas com 03 CH cada	15 L	Máximo 24 Horas
Concentrado de Hemácias	12 unidades	Gelo reciclável de 300 ml – 02 unidades	04 camadas com 03 CH cada	24 L	Máximo 08 Horas
Concentrado de Hemácias	18 unidades	Gelo reciclável de 550 ml - 02 unidades	03 camadas com 06 CH cada	45 L	Máximo 20 Horas
Plasma Fresco Congelado	18 unidades	18 unidades de gelo reciclável e/ou 2,5 kg de gelo seco fragmentado	03 camadas com 05 PFC cada + camada superior com 03 PCF / Gelo seco na parte superior, inferior e laterais da caixa	45 L	Máximo 08 Horas

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 25/50

7.2. Higienização e cuidados com as caixas térmicas

- Lavar a caixa com água corrente e detergente neutro;
- Secar a caixa com pano ou compressa limpa;
- Passar pano ou compressa limpa com álcool a 96%;
- Se houver vazamento de hemocomponente, deverá realizar o processo de desinfecção:
 - ✓ Retirar o excesso do material biológico com toalha de papel ou pano de limpeza;
 - ✓ Lavar a caixa com água corrente e detergente neutro;
 - ✓ Secar a caixa com pano ou compressa limpa;
 - ✓ Aplicar a solução desinfetante (álcool a 70%) com pano ou compressa limpa;
 - ✓ Fazer fricção por 03 vezes, com intervalo de 30 segundos, deixando a superfície secar naturalmente entre uma fricção e outra.

8. ENVIO DE AMOSTRAS DE SANGUE PARA TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

8.1. Tipo de Amostra

8.1.1. Crianças com até 04 Meses de Vida

- Amostra de sangue do paciente coletada em 01(um) tubo com EDTA com no mínimo 600µL de sangue e 01(um) tubo seco ou com gel com no mínimo 600µL de sangue.
- Em situações em que não seja possível enviar amostra conforme volume padrão, justificar o motivo do envio na Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (STH).
- Amostra da genitora: conforme padrão (item 8.1.2).

8.1.2. Pacientes com idade Superior a 04 Meses de Idade

- Deverão ser enviadas 02 (duas) amostras de acordo com as especificações abaixo:
 Amostra de sangue do paciente coletada em 01(um) tubo EDTA com no mínimo 3,0 ml de sangue e 01(um) tubo seco ou com gel com no mínimo 3,0 ml de sangue;
- Em situações em que não seja possível coletar os 02 (dois) tubos, enviar preferencialmente o tubo com EDTA.

HEMBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 26/50

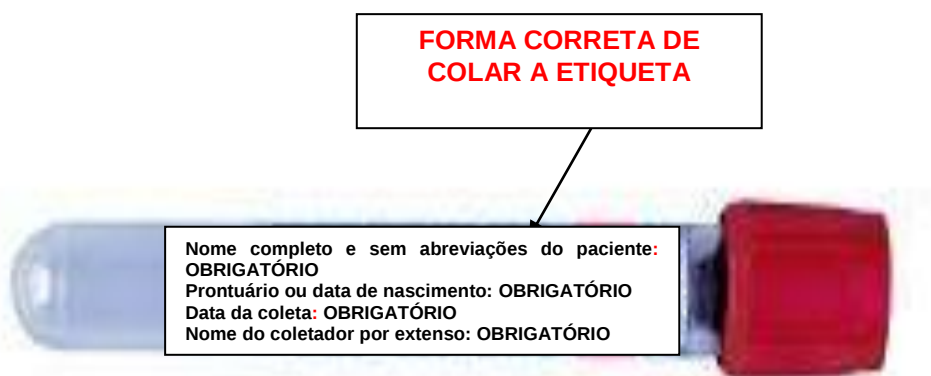
8.2. Identificação dos Tubos

- Os tubos devem ser etiquetados no momento da coleta com as seguintes informações:
 - ✓ Unidade solicitante (opcional);
 - ✓ Nome completo do receptor (paciente) sem abreviações, como por exemplo: Sts, M^a, Stos, etc.
 - ✓ Número de identificação (Registro Geral ou prontuário);
 - ✓ Data de nascimento;
 - ✓ Data da coleta;
 - ✓ Identificação do responsável pela coleta. Deverá constar na Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (STH) a assinatura do coletador;
 - ✓ Enfermaria e leito (opcional).

Observação: a) A etiqueta não deverá ultrapassar o tamanho do tubo, tão pouco, envolver totalmente o mesmo, pois durante o recebimento da amostra será necessário a inspeção visual do conteúdo. Deverão ser utilizadas etiquetas autocolantes. **NÃO** utilizar esparadrapo ou similar.

b) Não serão aceitas amostras que apresentarem discrepância entre os dados da etiqueta e os contidos na Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes-STH.

Segue abaixo o modelo de identificação dos tubos:



Nota 1: Verificar no item 9.1. “Tipo de Amostras” os tipos de tubos que devem ser utilizados para coleta de amostras.

Nota 2: Poderá ser inserido na etiqueta nome da Unidade Requisitante, Enfermaria ou leito (Conforme Item 9.2 “Identificação dos Tubos”).

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 27/50

8.3. Validade das Amostras para os Testes de Compatibilidade

- As amostras têm validade de 72 horas após a coleta. Considerar a validade das amostras a partir de zero hora do dia da coleta até 23 horas e 59 minutos do dia que completa 72 horas. Após esse período, deverá ser enviada nova amostra.
- Poderá também ser solicitada coleta de nova amostra caso o Laboratório verifique a necessidade.

8.4. Critérios para Rejeição de Amostras

- São critérios de rejeição de amostras:
 - ✓ Amostras hemolisadas, lipêmicas, já manipuladas ou insuficientes.
 - ✓ Amostras com discrepâncias relacionadas à identificação.
 - ✓ Amostras com discrepâncias entre a solicitação e a etiqueta do tubo.
 - ✓ Amostras com prazo de validade da coleta vencida.
 - ✓ Amostras com temperatura inadequada.
 - ✓ Amostras coletadas em recipientes inadequados.
- Nos casos acima descritos será realizado contato com a unidade requisitante para coleta de nova amostra, e/ou emissão de nova Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes, ficando a amostra e a solicitação não conformes retidas na Hemoba.
- Após solucionar o problema, a amostra ficará disponível para a unidade requisitante checar a não conformidade até 07 (sete) dias após a data da ocorrência.
- Em caso de dificuldade para o envio de nova amostra, contatar com o setor responsável para melhor esclarecimento.
- Situações que fujam do escopo deste Manual devem ser discutidas com o Laboratório responsável.

Obs: a) Amostras para exames no Laboratório de Imunohematologia Especializada (LIHE): Verificar os itens 8.1. “Tipo de Amostras” e 8.2. “Identificação dos Tubos”.

b) Caso haja necessidade do envio de amostras para Laboratório Externo / outros Laboratórios de Referência, encaminhar:

- ✓ 01 amostra coletada em tubo EDTA com no mínimo 3,0 ml de sangue;
- ✓ 02 amostras coletadas em tubo seco ou com gel com no mínimo 3,0 ml de sangue;

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 28/50

A identificação das amostras deverá ser realizada conforme item 8.2. “Identificação dos Tubos”.

8.5. Encaminhamento de Amostras

- O envio de amostras deverá ser acompanhado da Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes (anexo 03) e/ou da Requisição para Estudo Imunohematológico – REIH (anexo 04);

No momento do envio, arrumar as amostras em galeria de maneira que as mesmas permaneçam de forma vertical para evitar vazamento e trepidações e, colocá-las dentro da caixa térmica com gelox individualizando as galerias utilizando como isolante térmico, folhas de E.V.A., placas de polipropileno ou de acrílico, plástico bolha, com o objetivo de evitar o contato direto do material refrigerante (gelo reciclável/gelox) com o tubo de amostra com sangue.

- Qualquer modificação a ser feita no formulário de encaminhamento (solicitação ou requisição) e/ou na identificação das amostras, deverá ser feito pela instituição solicitante.
- O funcionário da Hemoba não está autorizado a fazer quaisquer modificações na identificação das amostras ou nos formulários de encaminhamento. Deverão ser encaminhados os dados pendentes e/ou autorizações para que os testes sejam realizados, e/ou solicitação por e-mail (anexo 08), sendo encaminhada autorização original no momento em que vier retirar o hemocomponente.
- As amostras para os testes de compatibilidade podem ficar por 2 horas em temperatura ambiente ($22^{\circ}\text{C} \pm 2$). Caso não seja possível enviar nesse período, acondicionar as mesmas em refrigeração (2 a 8°C) até a hora do envio.

8.6. Transporte das amostras

Após acondicionamento obedecendo ao item 8.5, as amostras devem ser transportadas em caixas térmicas contendo termômetro de máxima e mínima e material refrigerante (gelo reciclável/gelox)

8.7. Tempo de Liberação dos Testes de Pré-Transfusionais

- O tempo para realização dos testes de compatibilidade é de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Esse tempo poderá ser acrescido, considerando que os atendimentos são realizados por ordem de chegada, salvo em situações de

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 29/50

urgência e emergência justificadas pelo médico; para tanto, deverão ser evitadas não conformidades nos envios das solicitações de transfusões.

- Situações especiais tais como, provas incompatíveis, discrepância ABO/Rh, etc., poderão requerer um acréscimo de tempo para a liberação dos resultados, uma vez que, podem necessitar de testes de Imunohematologia Especializada.

8.8. Envio de Resultados

- Os resultados dos testes de compatibilidade serão liberados através do Sistema Informatizado - Modulo AT e/ou através da 2ª via da Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes e na forma de etiqueta anexada aos hemocomponentes.

9. TRANSFUSÃO DE EXTREMA URGÊNCIA

- Somente serão liberados Concentrados de Hemácias sem provas de compatibilidade nas seguintes situações, conforme legislação vigente:
- Quando o quadro clínico do paciente justificar a extrema urgência, ou seja, quando o retardo no início da transfusão pode levar o paciente ao óbito;
- Com um termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente, no qual afirme concordar com o procedimento de transfusão sem compatibilidade. Preencher corretamente o campo de autorização de emergência no formulário de Solicitação de Transfusão de Hemocomponentes - STH (anexo 03). O mesmo formulário deve ser utilizado em caso de solicitação de transfusão com hemocomponente heterogrupo;
- As provas pré-transfusionais serão realizadas até o final, mesmo que a transfusão já tenha sido iniciada, e após o término será informado ao médico responsável todos os resultados obtidos;
- As amostras devem ser encaminhadas ao serviço assim que possível e, preferencialmente antes da transfusão.

10. LIBERAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS INCOMPATÍVEIS

- A liberação para transfusão de concentrado de hemácias incompatíveis poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário “Termo de Autorização Transfusão de Hemocomponentes Incompatíveis” (anexo 06).
- Caso não exista total equivalência antigênica entre o receptor e o doador, o médico poderá autorizar a realização do teste de compatibilidade com um

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 30/50

hemocomponente com parcial equivalência antigênica através do formulário “Termo de Autorização de Transfusão de Hemocomponentes com Equivalência Antigênica Parcial” (anexo 07).

11. RELATÓRIO ANALÍTICO DE BOLSAS DISTRIBUÍDAS

- As unidades requisitantes deverão enviar mensalmente para a Unidade Fornecedora da HEMOBA, o Relatório Analítico de Bolsas Distribuídas (anexo 01) devidamente preenchido. Nele, deverão constar dados do que foi feito com as bolsas de hemocomponentes recebidas da HEMOBA como: número da bolsa, tipo de hemocomponente, o nome do paciente que recebeu a transfusão, a data da transfusão ou descarte ou devolução. **Obs:** utilizar a legenda para informar o que ocorreu com aquela bolsa específica, registrando no local de “Destino da bolsa”. Por exemplo: Se por ventura o hemocomponente ainda estiver em estoque, informar código 2 (estoque) no local de “Destino da bolsa”.
- Nunca utilizar o mesmo relatório para registros de transfusões em meses diferentes (respeitar o calendário SUS, de 21 a 20 de cada mês).
- O envio dos relatórios é mensal, até o dia 10 do mês subsequente à solicitação.
- Os casos de descarte devem constar no relatório, sendo preenchidos exclusivamente os campos: Data do descarte, Nº da Bolsa e Tipo de hemocomponente, Grupo sanguíneo e Destino da bolsa (onde deve constar o motivo de descarte).
- Quando utilizar bolsas aliquotadas, repetir o número da mesma bolsa para cada paciente que utilizou e acrescentar o código do hemocomponente que fica abaixo do código de barras da bolsa, colocando-o entre parênteses () após a numeração da bolsa.
- A instrução de preenchimento do relatório se encontra no verso do impresso.

12. ATENDIMENTO/INFORMAÇÕES

12.1. Laboratório de Compatibilidade (Prova Cruzada):

- Funcionamento 24 horas todos os dias, inclusive sábados, domingos e feriados.

Horário de recebimento de amostras:

- Amostras para Testes pré-transfusionais: Atendimento 24 horas.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 31/50

Obs: Amostras para reserva cirúrgica deverão ser entregues, no máximo, até as 17:00h do dia anterior à realização do procedimento.

12.2. Laboratório de Imunohematologia Especializada – Exclusivo do Hemocentro Coordenador

- Segunda a sexta-feira: 07:00h às 19:00h;
- Sábado, domingo e feriados: fechado.

Horário de recebimento de amostras:

- Amostras para estudo imunohematológico: Recebimento 24 horas, porém a realização dos testes ocorrerá durante o horário de funcionamento do laboratório, conforme item 12.2.

Telefones dos Laboratórios de Imunohematologia do Receptor

- Laboratório de Compatibilidade (anexo 08)
- Laboratório de Imunohematologia Especializada (71) 3116-5686.

12.3. Setor de Produção / Expedição da Hemoba:

- As Coordenações de Produção permanecerão disponíveis para qualquer tipo de esclarecimento no período de segunda-feira à sexta-feira através de telefone ou e-mail (anexo 08).
- Os Setores de Expedição da Fundação HEMOBA realiza atendimento e recebimento das Solicitações de Hemocomponentes 24 horas por dia, todos os dias da semana (anexo 08).

13. FATURAMENTO DOS PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

13.1. Atendimento a usuários SUS:

A Hemoba atende a usuários SUS através das instituições públicas (leitos SUS/SUS) e das instituições privadas (leitos SUS/CONTRATADOS). Os procedimentos hemoterápicos podem ser realizados nas modalidades ambulatoriais e hospitalares. Os mesmos são informados respectivamente no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, por meio do instrumento de registro denominado Boletim de Produção Ambulatorial – BPA e no Sistema de Informação Hospitalar – SIH, cujo instrumento de registro é a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 32/50

Para este grupo de usuários, a cobrança dos serviços hemoterápicos é realizada através dos procedimentos, códigos e valores de ressarcimento constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais – Tabela do SUS, disponível no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O serviço de saúde **que possui AT** emitirá, junto ao SUS, através das AIH e/ou Boletins de Produção Ambulatorial – BPA/SUS fatura mensal referente aos Procedimentos Hemoterápicos abaixo descritos, realizados nos seus pacientes atendidos pelo SUS:

- Pré-Transfusional I;
- Pré-Transfusional II;
- Transfusão de Substituição ou Troca (exsanguíneo transfusão parcial ou total);
- Transfusão de Crioprecipitado;
- Transfusão de Concentrado de Plaquetas;
- Transfusão de Plasma Fresco;
- Transfusão de Concentrado de Hemácias;
- Transfusão de plaqueta por aférese;
- Transfusão de sangue / componente irradiado;
- Sangria Terapêutica.

O serviço de saúde **que não possui AT** emitirá, junto ao SUS, através das AIH e/ou Boletins de Produção Ambulatorial – BPA/SUS fatura mensal referente aos Procedimentos Hemoterápicos abaixo descritos, realizados nos seus pacientes atendidos pelo SUS:

- Transfusão de Substituição ou Troca;
 - Transfusão de Crioprecipitado;
 - Transfusão de Concentrado de Plaquetas;
 - Transfusão de Plasma Fresco;
 - Transfusão de Concentrado de Hemácias;
 - Transfusão de plaqueta por aférese;
-

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 33/50

- Transfusão de sangue / componente irradiado;
- Sangria Terapêutica.

13.2. Atendimento a usuários não SUS:

Os serviços de saúde conveniados com a Hemoba, que utilizam hemocomponentes em pacientes **não SUS** deverão preencher o formulário “Relatório Analítico Bolsas Transfundidas Unidades Conveniadas e Particulares” (Anexo 10) no período de 21 a 20 de cada mês (Exemplo: bolsas e testes realizados entre 21 de abril e 20 de maio) e encaminhar para a Unidade responsável pelo fornecimento dos hemocomponentes na cidade ou região até o dia 25 de cada mês para conferência. Deve-se atentar para o preenchimento correto de todos os campos, **exceto o campo “Total de Exames Pré-Transfusionais Realizados”** que deverá ser preenchido pelo Hemocentro ou Unidade de Coleta e Transfusão que forneceu o hemocomponente.

O Hemocentro ou Unidade de Coleta e Transfusão responsável pelo recebimento dos relatórios na cidade ou região realizará a conferência dos relatórios. Caso existam erros ou inconsistências, os mesmos serão devolvidos ao serviço de saúde transfusor para as devidas correções e reenvio dos formulários corrigidos em no máximo 02 dias. Após as devidas correções, os relatórios devem ser encaminhados por essas Unidades à Coordenação das Contas Médicas da Fundação HEMOBA até o dia 1º de cada mês para faturamento e elaboração dos boletos dos serviços prestados conforme determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.469 de 06 de julho de 2006.

A Coordenação das Contas Médicas da Fundação HEMOBA, em Salvador, irá emitir fatura e boleto com vencimento sempre no dia 10 do mês subsequente referente aos serviços prestados informados através do Relatório Analítico Bolsas Transfundidas Unidades Conveniadas e Particulares e, encaminhará ao serviço transfusor, cópias do relatório, fatura e boleto através dos Correios. Cópia do boleto também será encaminhada via e-mail.

14. TREINAMENTO INICIAL E CONTINUADO

- A Instituição interessada deverá enviar uma solicitação de curso, treinamento ou visita técnica para a Coordenação de Educação Permanente (CODEP), a qual realizará um planejamento com datas agendadas entre a Unidade Solicitante e as Coordenações dos Setores. Será realizada uma avaliação da necessidade, considerando o tempo, as áreas de interesse e a disponibilidade dos profissionais que participam da capacitação/treinamento.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 34/50

- Os treinamentos visam reforçar pontos específicos de acordo com as necessidades dos clientes internos e externos, buscando a qualidade dos serviços prestados e garantindo a qualidade do hemocomponente para fim transfusional.
- COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: (71) 3116-5634

15. REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

- A transfusão de hemocomponentes e hemoderivados pode ocasionar reações adversas no receptor, as quais podem ser classificadas, quanto ao tempo de aparecimento do quadro clínico e/ou laboratoriais, em imediatas (até 24 horas após o término da transfusão) ou tardias (depois de 24 horas). A identificação precoce das reações transfusionais significa oportunidade de tratamento para o paciente envolvido e a adoção de medidas preventivas para transfusões futuras (lavagem, deleucocitação e/ou irradiação dos hemocomponentes).
- O serviço de saúde onde ocorreu a transfusão é o responsável pela investigação, comunicação à autoridade sanitária quando pertinente e notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) do evento adverso ocorrido em suas dependências e deverá comunicar a Unidade Fornecedora HEMOBA através de ofício e e-mail (anexo 08). As orientações relativas a estes procedimentos constam do “Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil”.
- Todo serviço de saúde que realize transfusão deve ter procedimentos escritos para detecção, tratamento, prevenção e notificação dos eventos adversos à transfusão.

16. RETROVIGILÂNCIA

O procedimento de retrovigilância está relacionado à rastreabilidade das bolsas de doações anteriores de um doador que apresentou viragem de um marcador sorológico/ soroconversão ou relacionada a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível. Esse termo é também aplicável em casos de detecção de positividade em análises microbiológicas de componentes sanguíneos e investigação de quadros infecciosos bacterianos em receptores, sem manifestação imediata, mas potencialmente imputados à transfusão. Nesses casos, em atendimento à ANVISA, no “Marco conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para Hemovigilância no Brasil”, a HEMOBA realiza busca de hemocomponentes anteriormente distribuídos, solicitando sua devolução e rastreando seus receptores, se já utilizados.

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 35/50

16.1 Soroconversão de Doadores

Caso ocorra soroconversão de um doador de sangue que em doações prévias apresentava testes não reagente, a Hemoba verificará o destino de todos os hemocomponentes sanguíneos das doações anteriores.

Nesse sentido, as seguintes situações podem ocorrer:

16.1.1. Devolução de hemocomponentes

- Quando forem detectados doadores com teste laboratorial para agente infeccioso reagente (positivo ou inconclusivo) em doação atual e que possuam doação anterior com teste não reagente, a Hemoba solicitará a devolução para descarte, de todas as unidades válidas, ainda em estoque nos clientes internos e externos.
- O Hemocentro poderá também solicitar devolução para descarte de hemocomponentes válidos que estejam nos clientes internos e externos por outros motivos diferentes de resultados de sorologia e NAT, desde que tenha sido considerado importante para a segurança de receptores de transfusão (ex: informações sobre doadores recebidas pós-doação).

16.1.2. Rastreamento de Receptores

- Todos os pacientes transfundidos com componentes originados da última doação negativa e de doações até 06 ou 12 meses antes dessa, dependendo do marcador envolvido, devem ser localizados para realização de exames de controle. Para isso, os responsáveis técnicos dos clientes internos e externos conveniados receberão solicitação escrita da Hemoba para que informem os contatos para localização dos pacientes transfundidos por hemocomponentes oriundos de doações anteriores de doadores que soroconverteram.
- A Fundação Hemoba é responsável pelo rastreamento dos receptores e realização dos testes pertinentes aos marcadores envolvidos em casos de conversão de exames de doadores. Essa Fundação também notificará o ocorrido à autoridade sanitária competente.

16.2. Soroconversão de pacientes

Caso haja suspeita de soroconversão de pacientes relacionada à transfusão, o Responsável Técnico dos clientes internos e externos deve informar a necessidade de

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 36/50

investigação à Hemoba, disponibilizando todas as informações necessárias ao esclarecimento do caso, além de comprovação dos resultados sorológicos apresentados pelo paciente.

17. CAPTAÇÃO DE DOADORES

Cabe às Instituições de Saúde Conveniadas à Hemoba estabelecer ações para a promoção da captação de doadores de sangue, contribuindo para o atendimento de seus pacientes e para a formação da cultura da doação de sangue entre seus colaboradores e clientes.

Esta ação tem como principal objetivo a conscientização sobre a importância da doação de sangue como um ato de cidadania, solidariedade e responsabilidade social e pode ser desenvolvida por assistentes sociais, enfermeiros, médicos e outros profissionais que interagem em seu dia a dia com possíveis doadores e promovem a sensibilização para a doação de sangue entre amigos e familiares dos pacientes internados ou atendidos pelas Instituições de Saúde Conveniadas.

Esse tipo de doação é chamado “doação de reposição” e seu objetivo é repor ao estoque bolsas que já foram ou serão utilizadas pelo paciente. Porém, é importante ressaltar que, apesar de ter uma motivação específica, a doação de reposição também deve respeitar o altruísmo, anonimato e voluntariado da doação. Em nenhum momento pode ser vinculada a apresentação de doadores à realização de internamento hospitalar, tratamentos ou procedimentos médicos, o que poderia resultar em uma prática ilegal e coercitiva. A abordagem deve ser realizada preferencialmente com o familiar ou responsável pelo paciente e nunca diretamente com ele evitando deixá-lo preocupado.

A equipe do Setor de Captação da Hemoba pode prestar suporte técnico para o desenvolvimento dessas ações (anexo 08).

18. LEITURA RECOMENDADA

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 75, de 02 de maio de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°34,

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 37/50

de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União em 03 de maio de 2016.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União n. 25, Seção 1 p.37.

Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. 2015.

HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão	Data	Página	Natureza da mudança/ ítem modificado

Elaborado por / data	Revisado por / data	Aprovado por / data
CGLAB – Rita de Cássia Cabral	DIHEMOT - Iraildes Santana	DIREG – Marinho Marques
CPROD – Luciana Saraiva Costa Carvalho Ray		
CHREM - Aurora Hermida		
ASTEC – Rose Mary dos Santos		

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 38/50

ANEXO 01: RELATÓRIO ANALÍTICO DE BOLSAS DISTRIBUÍDAS (Frente e verso)

	RELATÓRIO ANALÍTICO DE BOLSAS DISTRIBUÍDAS								RABD Rev. 2	
INSTITUIÇÃO/SIGLA:								PERÍODO (MM/AA):		
Data de utilização ou descarte	BOLSA			PACIENTE RECEPTOR					CONVÊNIO	DESTINO DA BOLSA**
	Nº da bolsa (*)	Tipo de hemoc.	Grupo Sanguíneo	Nome completo do paciente	Nº. Prontuário ou Nº da AIH	Grupo Sanguíneo	☒ = SUS. Se outro, descrever.			
ABO			RH			ABO		RH		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
/ /								☐		
Resp. pelo preenchimento:					Resp. Técnico ou Diretor Médico:					

ROTEIRO DE PREENCHIMENTO DO MAPA DE OCORRÊNCIAS TRANSFUSIONAIS

- Nunca utilizar um mesmo relatório para registros de transfusões em meses diferentes (respeitar o calendário SUS, de 21 a 20 de cada mês).
- Quando não houver utilização de hemocomponentes em um determinado mês, comunicar à HEMORREDE através de ofício.
- O envio dos relatórios é mensal, até o dia 10 do mês subsequente à solicitação.
- Casos de descarte devem constar no relatório, sendo preenchidos exclusivamente os campos: Data do descarte, Nº da Bolsa e Tipo de hemocomponente, Grupo sanguíneo e Destino da bolsa (onde deve constar o motivo de descarte).
- Quando utilizar bolsas aliquotadas, repetir o número da mesma bolsa para cada paciente que utilizou e acrescentar o código do hemocomponente que fica abaixo do código de barras da bolsa, colocando-o entre parênteses () após a enumeração da bolsa.

OS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS CONFORME ABAIXO:

INSTITUIÇÃO		NOME COMPLETO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ TRANSFUNDIDO O HEMOCOMPONENTE	LEGENDA: DESTINO DA BOLSA**	
SIGLA		SIGLA DA INSTITUIÇÃO CONHECIDA PELA FUNDAÇÃO HEMOBA (SE HOUVER)	CÓDIGO	LEGENDA
PERÍODO (MM / AA)		PERÍODO DE COMPETÊNCIA (MÊS E ANO DE UTILIZAÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES)	1	TRANSFUNDIDA
DATA DA UTILIZAÇÃO OU DESCARTE		DATA NA QUAL FOI REALIZADA A TRANSFUSÃO OU O DESCARTE	2	ESTOQUE
BOLSA	Nº DA BOLSA	ESCREVER O NÚMERO DA BOLSA QUE É O Nº DA DOAÇÃO	3	CEDIDA PARA OUTRA UNIDADE (IDENTIFICAR) – NOS CASOS DE UCTs
	ABO / RH	GRUPO SANGÜÍNEO E FATOR Rh DA BOLSA TRANSFUNDIDA OU DESCARTADA	4	DEVOLVIDA
	TIPO HEMOCOMPONENTE	TIPO DE HEMOCOMPONENTE TRANSFUNDIDO (CH=CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, CP=CONCENTRADO DE PLAQUETAS, PFC=PLASMA FRESCO CONGELADO, CRIQ)	5	DESPREZADA POR VALIDADE
PACIENTE RECEPTOR	NOME	NOME COMPLETO DO PACIENTE, COM LETRA LEGÍVEL SEM ABREVIÇÃO	6	DESPREZADA POR ROMPIMENTO
	ABO / RH	GRUPO SANGÜÍNEO E FATOR Rh DO PACIENTE	7	DESPREZADA POR HEMÓLISE
	Nº DO PRONTUÁRIO OU DA AIH	NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE OU NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	8	DESPREZADA POR SISTEMA ABERTO
CONVÊNIO		INFORMAR SE O ATENDIMENTO FOI SUS (☒), CASO CONTRÁRIO, INFORMAR O CONVÊNIO	9	DESPREZADA POR DESCONGELAMENTO
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO	10	DESPREZADA POR PRESENÇA DE GRUMOS
RESPONSÁVEL TÉCNICO OU DIRETOR MÉDICO		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA NA SUA AUSÊNCIA OU DEVERÁ SER SUBSTITUÍDA PELA ASSINATURA DO DIRETOR MÉDICO DA INSTITUIÇÃO	11	DESPREZADA POR NÃO CONFORMIDADE DE COR
			12	REAÇÃO TRANSFUSIONAL

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 39/50

ANEXO 02: SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (frente)

	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE	SHE
		Rev. 06

Unidade Requisitante:	Data:	Hora:
Endereço da Unidade Requisitante:		
Unidade Fornecedora:		
Nome do Médico Responsável Técnico (ou médico):	Assinatura e Carimbo (legível):	
Técnico Responsável da Unidade Requisitante:	Assinatura e Carimbo (legível) do Técnico:	

PRODUTOS	ESTOQUE								FORNECIDO							
	SOLICITADO								FORNECIDO							
	TIPO SANGÜÍNEO E FATOR RH								TIPO SANGÜÍNEO E FATOR RH							
	O		A		B		AB		O		A		B		AB	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Concentrado de Hemácias																
Plasma Fresco																
Concentrado de Plaquetas																
Crioprecipitado																

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES MODIFICADOS*								
HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS	SOLICITADO							
	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-
Concentrado de hemácias Filtradas								
Concentrado de hemácias Filtradas e Irradiada								
Concentrado de Plaquetas Filtradas								
Concentrado de Plaquetas Filtradas e Irradiadas								
Bolsas Pediátricas (Aliquota)								
Volume das Aliquotas (30, 50 ou 100 ml)								
Observações:								

*Será disponibilizado mediante apresentação de Relatório Médico.

Recebimento da Solicitação na Unidade Fornecedora		
Data:	Hora:	Assinatura e Carimbo Do Técnico da Unidade Fornecedora:

Entrega dos Produtos Solicitados: Saída da Unidade Fornecedora			
Data:	Hora:	Temperatura na Saída (°C)	Assinatura e Carimbo do Técnico da Unidade Fornecedora:
		CH CP PFC / CRIO	

Observações – Justificar os casos de não atendimento de solicitações				
☐ Estoque Insuficiente	☐ Caixa Térmica Insuficiente	☐ Caixa térmica Inadequada	☐ Preenchimento incompleto ou Inadequado da SHE	Outros:

HEMOBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 40/50

ANEXO 02: SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE (verso)

HEMOBA	SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE	SHE
		Rev. 06

<i>Em caso de Fenotipagem Estendida</i>				
NOME DO PACIENTE	FENOTIPAGEM	ABO/Rh D	QUANTIDADE	FORNECIDO

Obs.: Enviar cópia do laudo

<i>Chegada à Unidade Requisitante – Controle de Temperatura das Caixas Térmicas na Chegada</i>					
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	Temp. Atual (°C): _____	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	Temp. Atual (°C): _____	PFC CRIOPRECIPITADO	Temp. Atual (°C): _____
	Temp. Min (°C): _____		Temp. Min (°C): _____		Temp. Min (°C): _____
	Temp. Max (°C): _____		Temp. Max (°C): _____		Temp. Max (°C): _____

<i>Cuidados durante o transporte de hemocomponentes</i>	
- O transporte somente poderá ser realizado por pessoa autorizada, devidamente identificada, com crachá e/ou fardamento da instituição requisitante; - Não transportar outro tipo de material biológico junto com os hemocomponentes; - A caixa térmica e o material resfriador deverão estar em boas condições de higiene; - Manter a caixa térmica com a tampa fechada por todo o trajeto; - É proibido o transporte de hemocomponentes em isopor, sacos plásticos e outros materiais sem rigidez, resistência e impermeabilidade apropriadas; - Registrar a temperatura mínima, máxima e atual no momento da chegada da caixa térmica na unidade requisitante; - O transporte, armazenamento, administração e descarte do(s) hemocomponente(s) fornecido(s) são de responsabilidade da Instituição requisitante. - As caixas térmicas devem estar devidamente validadas para o transporte de hemocomponentes; - Os termômetros devem ser "resetados" após fechamento da caixa térmica; - Para solicitações de hemocomponentes diferentes, é necessário enviar mais de uma caixa térmica; - Temperatura ideal para o transporte de CH: 1 a 10°C; - Temperatura ideal para o transporte de CP: 20 a 24°C; - A temperatura ideal para o transporte de plasma ou crioprecipitado: menor ou igual a -18°C. Durante esse transporte, é aceitável uma variação de temperatura que alcance valor superior a -18°C por um tempo máximo de 72 horas, sendo que, em nenhuma ocasião, a temperatura poderá exceder a -5°C.	

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 41/50

ANEXO 03: SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES (frente)

		SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES				STH	
						Rev.1	

Hospital						Data		Hora	
Paciente (legível)						☐ Convênio especifique: ☐ SUS			
Unidade / Enfermaria				Leito		Prontuário		Cartão SUS	

Endereço de residência do paciente					Nº		Bairro		
CEP		Estado de origem		Município de origem		IBGE (município)		Código de Etnia (pacientes indígenas)	

Nascimento		Sexo		Peso		Raça		Ht		Hb		Plaq		TP/ TTPA	
Diagnóstico								Indicação transfusional							
Antecedente transfusional?				Antecedentes obstétricos?				Reação transfusional prévia?							
☐ não ☐ sim				☐ não ☐ sim				☐ não ☐ sim especifique:							

Fenotipagem (Incluir apenas antígenos negativos conforme prontuário)																							
Produto				Nº unidades ou volume (mL)				Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente															
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS								☐ aliquotagem				☐ filtração				☐ irradiação				☐ lavagem			
☐ PLASMA FRESCO								☐ aliquotagem															
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS								☐ aliquotagem				☐ filtração				☐ irradiação							
☐ CRIOPRECIPITADO																							

Modalidade de transfusão: ☐ Programada ☐ Rotina (em até 24h) ☐ Urgência (em até 3h) ☐ Emergência (retardo da transfusão acarreta risco à vida)															
Observações:															
Produto				Produto				Produto				Produto			
Data/Hora				Data/Hora				Data/Hora				Data/Hora			
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura												Responsável pela coleta (assinatura legível)			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES HETEROGRUPO															
Autorizo a transfusão de hemocomponentes heterogrupo compatível para o(a) paciente acima identificado.															
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura															

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA															
Autorizo ao serviço de hemoterapia o fornecimento de concentrado de hemácias (CH) em caráter de emergência para o(a) paciente acima identificado antes da conclusão dos testes pré-transfusoriais, pois o atraso da transfusão pode acarretar risco à vida do(a) mesmo(a). Conforme legislação vigente, afirmo conhecer o risco da tal procedimento e concordo com a realização no mesmo.															
Nome do médico solicitante (legível) + CREMEB + assinatura OU carimbo (legível) + assinatura												Nota: O envio do hemocomponente interrompe a interrupção dos testes pré-transfusoriais, que devem continuar a ser realizados.			

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA UNIDADE REQUISITANTE (letra legível)

Hospital						Data		Hora			
Paciente (legível)						Unidade/ Enfermaria					
Produto		Nº unidades ou volume (mL)		Processo de modificação a ser realizado no hemocomponente							
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS				☐ aliquotagem		☐ filtração		☐ irradiação		☐ lavagem	
☐ PLASMA FRESCO				☐ aliquotagem							
☐ CONCENTRADO DE PLAQUETAS				☐ aliquotagem		☐ filtração		☐ irradiação			
☐ CRIOPRECIPITADO											

Responsável pelo recebimento						Data		Hora	
------------------------------	--	--	--	--	--	------	--	------	--

ANEXO 03: SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES (verso)

	SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	STH
		Rev.1

PÁGINA RESERVADA AO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: PACIENTE

Grupo sanguíneo	Fator Rh	D fraco	P.A.I.*	Auto-controle	Coombs Direto	Fenotipagem

* P.A.I., Pesquisa de anticorpos (regulares).

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS: HEMOCOMPONENTE(S) E PROVA(S) DE COMPATIBILIDADE

Nº da bolsa de sangue	Sigla do produto	Validade	ABO/Rh	Prova de compatibilidade	Data + nome do técnico (legível) ou carimbo
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	
				☐ COMPATÍVEL ☐ INCOMPATÍVEL ☐ NÃO REALIZADO	

EM CASO DE RECEM-NASCIDOS (CRIANÇAS ATÉ 04 MESES)

Nome da genitora (mãe)						
Grupo sanguíneo	Fator Rh	D fraco	P.A.I.*	Auto-controle	Coombs Direto	Fenotipagem
Outros exames						
Observações						

CARIMBO
"Check list" (Ver POIHR – 004)

Nome do técnico responsável pela expedição (legível)	Data	Hora
Nome do técnico responsável pelo transporte (legível)		

HEMOCOMPONENTES AINDA NÃO FORNECIDOS

Produto	Qtd pendente	Data atual	Observação

HEMBA	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 43/50

ANEXO 04: REQUISIÇÃO PARA ESTUDO IMUNOHEMATOLÓGICO

HEMBA		REQUISIÇÃO PARA ESTUDO IMUNOHEMATOLÓGICO		REIH	
				Rev. 1	

INSTITUIÇÃO REQUISITANTE

Nome: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

REQUISIÇÃO

Nome do paciente:				Grupo sanguíneo	
				ABO	Rh(D)
Data de Nascimento / /	Peso	Sexo	Nº do Prontuário	Unidade de Internamento	Leito
Diagnóstico					
Hemoglobina			Data do Exame / /	Data da Última Transfusão / /	
Medicamento em uso:					
Histórico do paciente / Resultados de exames encontrados pela unidade solicitante _____ _____ _____ _____					
EXAMES COMPLEMENTARES					
() Tipagem ABO / Rh(D)		() Pannel de Hemácias			
() Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI)		() Outros _____			
() Fenotipagem		_____			
() Coombs Direto					
Data: / /		Assinatura e carimbo do médico ou profissional de nível superior responsável pelo Serviço.			

Observações

1) ENVIAR DUAS AMOSTRAS COLETADAS NO MESMO DIA DO ENVIO, SENDO UMA EM TUBO COM ANTI-COAGULANTE (EDTA) E A OUTRA EM TUBO SEM ANTI-COAGULANTE (TUBO SECO OU COM GEL), AMBOS IDENTIFICADOS COM O NOME COMPLETO DO PACIENTE SEM ABREVIACÕES, NÚMERO DO REGISTRO, ASSINATURA LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA COLETA E DATA DA COLETA.

2) PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS CAMPOS

PARA USO DO LABORATÓRIO - INTERCORRÊNCIAS:

ANEXO 05: DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES



DEVOLUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

DH

Rev. 4

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL OU CLIENTE CONVENIADO:

Nº Progr.	Nº DA BOLSA	TIPO DE HEMOCOMPONENTE	ABO RH	DATA DE RECEBIMENTO	DATA DE VALIDADE	MOTIVO DA DEVOLUÇÃO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

SAÍDA DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA	HORA	TEMPERATURA SAÍDA (°C)	RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA	HORA	TEMPERATURA CHEGADA (°C)

CLIENTE CONVENIADO

ENTREGUE POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA	HORA	TEMPERATURA SAÍDA (°C)	RECEBIDO POR (CARIMBO E ASSINATURA)	DATA	HORA	TEMPERATURA CHEGADA (°C)

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 45/50

ANEXO 06: TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES INCOMPATÍVEIS

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES INCOMPATÍVEIS	TATHI
		Rev. 0.0

Conforme legislação vigente:

"A decisão de transfundir concentrado de hemácias incompatível será justificada por escrito, em termo assinado pelo hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente e, quando possível, pelo paciente ou seu responsável legal".

Eu, Dr(a) _____ CRM Nº _____, estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de Concentrado de Hemácias Incompatíveis diante do quadro clínico do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____, Registro: _____, Leito: _____

Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável

ANEXO 07: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES COM EQUIVALÊNCIA ANTIGÊNICA PARCIAL

	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES COM EQUIVALENCIA ANTIGÊNICA PARCIAL	TATHEAP
		Rev. 0.0

Eu, Dr(a) _____ CRM Nº _____, estou ciente dos riscos e autorizo a transfusão de Concentrado de Hemácias com equivalência antigênica parcial do _____ diante do quadro clínico do paciente citado abaixo:

Paciente: _____, Grupo Sanguíneo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____, Registro: _____, Leito: _____

Enfermaria: _____, Diagnóstico: _____

FENOTIPAGEM DO PACIENTE																	
D	C	C ^w	c	E	e	K	K ₂	Kp ^a	Kp ^b	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Fy ^a	Fy ^b

FENOTIPAGEM DO HEMOCOMPONENTE disponível com Grupo Sanguíneo: _____

FENOTIPAGEM DO HEMOCOMPONENTE																	
D	C	C ^w	c	E	e	K	K ₂	Kp ^a	Kp ^b	Jk ^a	Jk ^b	M	N	S	s	Fy ^a	Fy ^b

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável

☐ NÃO AUTORIZO.

Data e Assinatura e carimbo (ou CRM) do médico responsável

LEGENDA:

P=Positivo

N=Negativo

*= Não realizado

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 47/50

ANEXO 08: LISTA DE TELEFONE E E-MAIL DA HEMORREDE PÚBLICA DO ESTADO

UNIDADES DA HEMOBA		TELEFONE	E-MAIL
HEMOCENTRO COORDENADOR	DIRETORIA	(71) 3116-5690	direg.hemoba@hemoba.ba.gov.br
	EXPEDIÇÃO	(71) 3116-5691	expedicao@hemoba.ba.gov.br
	COMPATIBILIDADE	(71) 3116-5693	provacruzada@hemoba.ba.gov.br
	PRODUÇÃO	(71) 3116-5695	cprod@hemoba.ba.gov.br
HEMOCENTRO REGIONAL EUNÁPOLIS		(73) 3281- 3260	hr.eunapolis@hemoba.ba.gov.br
UCT ALAGOINHAS		(75) 3422-2042	uct.alagoinhas@hemoba.ba.gov.br
UCT BARREIRAS		(77) 3612-9405	uct.barreiras@hemoba.ba.gov.br
UCT BRUMADO		(77) 3441-1363	uct.brumado@hemoba.ba.gov.br
UCT CAMAÇARI		(71) 3644-4252	uct.camacari@hemoba.ba.gov.br
UCT FEIRA DE SANTANA		(75) 3221-6888	uct.feira@hemoba.ba.gov.br
UCT GUANAMBI		(77)3451-7004	uct.guanambi@hemoba.ba.gov.br
UCT IRECÊ		(74) 3641-0379	uct.irece@hemoba.ba.gov.br
UCT ITABERABA		(75) 3251-2575	uct.itaberaba@hemoba.ba.gov.br
UCT ITAPETINGA		(77) 3261-2258	uct.itapetinga@hemoba.ba.gov.br
UCT JACOBINA		(74) 3621-9397	uct.jacobina@hemoba.ba.gov.br
UCT JEQUIÉ		(73) 3528-7153	uct.jequie@hemoba.ba.gov.br
UCT JUAZEIRO		(74) 3611-7532	uct.juazeiro@hemoba.ba.gov.br
UCT PAULO AFONSO		(75) 3281-7243	uct.pafonso@hemoba.ba.gov.br
UCT RIBEIRA DO POMBAL		(75) 3276-4210	uct.rpombal@hemoba.ba.gov.br
UCT SANTO ANTÔNIO DE JESUS		(75) 3631- 5191	uct.sajesus@hemoba.ba.gov.br
UCT SEABRA		(75) 3331- 3576	uct.seabra@hemoba.ba.gov.br
UCT SENHOR DO BONFIM		(74) 3541-3256	uct.bonfim@hemoba.ba.gov.br
UCT TEIXEIRA DE FREITAS		(73) 3011-2739	uct.tfreitas@hemoba.ba.gov.br
UCT VITÓRIA DA CONQUISTA		(77) 3427-4501	uct.conquista@hemoba.ba.gov.br

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 48/50

ANEXO 09: UNIDADES QUE REALIZAM PROCEDIMENTOS MODIFICADOS

- Filtração de Hemocomponentes**

UNIDADES DA HEMOBA		TELEFONES	E-MAILS
HEMOCENTRO COORDENADOR	EXPEDIÇÃO	(71) 3116-5691	expedicao@hemoba.ba.gov.br
	PRODUÇÃO	(71) 3116-5695	cprod@hemoba.ba.gov.br
HEMOCENTRO REGIONAL EUNÁPOLIS		(73) 3281- 3260	hr.eunapolis@hemoba.ba.gov.br
UCT BARREIRAS		(77) 3612-9405	uct.barreiras@hemoba.ba.gov.br
UCT CAMAÇARI		(71) 3644-4252	uct.camacari@hemoba.ba.gov.br
UCT FEIRA DE SANTANA		(75) 3221-6888	uct.feira@hemoba.ba.gov.br
UCT GUANAMBI		(77)3451-7004	uct.guanambi@hemoba.ba.gov.br
UCT IRECÊ		(74) 3641-0379	uct.irece@hemoba.ba.gov.br
UCT JEQUIÉ		(73) 3528-7153	uct.jequie@hemoba.ba.gov.br
UCT JUAZEIRO		(74) 3611-7532	uct.juazeiro@hemoba.ba.gov.br
UCT SANTO ANTÔNIO DE JESUS		(75) 3631- 5191	uct.sajesus@hemoba.ba.gov.br
UCT TEIXEIRA DE FREITAS		(73) 3011-2739	uct.tfreitas@hemoba.ba.gov.br
UCT VITÓRIA DA CONQUISTA		(77) 3427-4501	uct.conquista@hemoba.ba.gov.br

- Alíquotas Pediátricas**

UNIDADES DA HEMOBA		TELEFONES	E-MAILS
HEMOCENTRO COORDENADOR	EXPEDIÇÃO	(71) 3116-5691	expedicao@hemoba.ba.gov.br
	PRODUÇÃO	(71) 3116-5695	cprod@hemoba.ba.gov.br
HEMOCENTRO REGIONAL EUNÁPOLIS		(73) 3281- 3260	hr.eunapolis@hemoba.ba.gov.br
UCT BARREIRAS		(77) 3612-9405	uct.barreiras@hemoba.ba.gov.br
UCT FEIRA DE SANTANA		(75) 3221-6888	uct.feira@hemoba.ba.gov.br
UCT IRECÊ		(74) 3641-0379	uct.irece@hemoba.ba.gov.br
UCT JUAZEIRO		(74) 3611-7532	uct.juazeiro@hemoba.ba.gov.br
UCT TEIXEIRA DE FREITAS		(73) 3011-2739	uct.tfreitas@hemoba.ba.gov.br
UCT VITÓRIA DA CONQUISTA		(77) 3427-4501	uct.conquista@hemoba.ba.gov.br

	MANUAL DO CLIENTE	Rev. 00
MCL		Pág. 49/50

ANEXO 09: UNIDADES QUE REALIZAM PROCEDIMENTOS MODIFICADOS (cont.)

- Lavados e/ou Irradiados e/ou Fenotipados

UNIDADES DA HEMOBA		TELEFONES	E-MAILS
HEMOCENTRO COORDENADOR	EXPEDIÇÃO	(71) 3116-5691	expedicao@hemoba.ba.gov.br
	PRODUÇÃO	(71) 3116-5695	cprod@hemoba.ba.gov.br
	COMPATIBILIDADE	(71) 3116-5693	provacruzada@hemoba.ba.gov.br

ANEXO 10: RELATÓRIO ANALÍTICO BOLSAS TRANSFUNDIDAS UNIDADES CONVENIADAS E PARTICULARES



RELATÓRIO ANALÍTICO BOLSAS TRANSFUNDIDAS UNIDADES CONVENIADAS E PARTICULARES

RA8TU0CP
Revisão 0.1.

INSTITUIÇÃO / SIGLA:

PERÍODO (MM/AA):

Data Transfus.	BOLSA					PACIENTE RECEPTOR					NOME DO CONVÊNIO	TOTAL DE EXAMES PRE TRANSFUSIONAIS REALIZADOS (preenchido pela Unidade de Coleta/Banco de Sangue)	
	Nº da bolsa	Fornecida por	Grupo Sang ABO	RH	Tipo hemog.	Nome	Nº. Prontuário	Grupo Sang ABO	RH	Observações		PRE I	PRE II

Resp. pelo preenchimento:

Resp. técnico ou Diretor Médico: