

**TERMO DE COMPROMISSO** que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, neste ato representado por Dr. Luiz de Melo Amorim Filho, Diretor Geral do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti - HEMORIO, com sede na Rua Frei Caneca, 8 – Centro – RJ – CEP: 20211-030, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 42.498.717/0010-46 e CNES nº 2295067, por delegação exclusiva objeto da Resolução SES nº 1.151/2015, doravante denominado **Compromitente** e \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome da Unidade de Saúde), com sede na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(endereço completo), inscrito (a) no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_  
e CNES nº \_\_\_\_\_, doravante denominada **Compromissária**, neste ato representado (a) por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nome do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde ou do (a) Diretor (a) Geral da Unidade de Saúde).

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O objeto do presente instrumento é estabelecer as condições para o fornecimento de hemocomponentes para fins transfusionais às Unidades de Saúde que possuem Serviço de Hemoterapia próprio, pelo **Compromitente** à **Compromissária**, a qual tem ciência de que os produtos oriundos do HEMORIO são de propriedade do Estado do Rio de Janeiro.

#### **Parágrafo Primeiro** – CADASTRO

Para receber hemocomponentes para fins transfusionais do HEMORIO, a **Compromissária** deve ser entidade pública ou instituição privada conveniada ao Sistema Único de Saúde e estar cadastrada no **Compromitente**.

- A. O cadastro é efetuado por meio da Ficha de Cadastro, ANEXO I, que deve ser enviada ao **Compromitente** preenchida em sua totalidade, datada e assinada.
- B. O cadastro deve ser renovado anualmente.
- C. Para o cadastro ou sua renovação, é necessário o envio de cópia da Licença de Funcionamento do Serviço de Hemoterapia ou do protocolo de solicitação de licença inicial e/ou de renovação de licença do ano vigente junto a Superintendência de Vigilância Sanitária/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES-RJ.

#### **Parágrafo Segundo** – SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

A solicitação de hemocomponentes deve ser efetuada, exclusivamente, por meio de formulários específicos, modelos fornecidos pelo **Compromitente**.

- A. A solicitação de hemocomponentes para estoque deve ser efetuada por meio do formulário Solicitação de Hemocomponentes para Estoque, ANEXO II.
- B. A solicitação de **Concentrado de Hemácias Rh negativos, Concentrado de Plaquetas e/ou Crioprecipitado** deve ser efetuada por meio do formulário Requisição Nominal de Hemocomponentes, ANEXO III e prévio contato com o **Compromitente**.
- C. Informar obrigatoriamente a **data de nascimento e o peso** do paciente na solicitação de concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco congelado e frações pediátricas.

- D. A solicitação de realização de procedimento especial no hemocomponente - filtrado, lavado, irradiado, fracionado e/ou fenotipado - deve ser registrada e justificada no formulário Requisição Nominal de Hemocomponentes e, mediante contato prévio com o médico hemoterapeuta do **Compromitente** pelo tel. (21) 2332-8627 / (21) 2332-8611 ou 2332-8612 ou 2332-8613 ou 2332-8614 Ramal 2271 – Expedição, Armazenamento e Procedimentos Especiais.
- E. As solicitações de hemocomponentes para atender às urgências após o fornecimento de estoque devem ser efetuadas por meio do formulário Requisição Nominal de Hemocomponentes.
- F. Informar obrigatoriamente a **data de nascimento e peso** do paciente nas solicitações para realização dos testes pré-transfusionais (Requisição Nominal de Hemocomponentes) e estudo imuno-hematológico (Requisição de Estudo Imuno-hematológico, ANEXO IV).
- G. Os formulários padronizados pelo **Compromitente** e exigidos para a solicitação de hemocomponentes devem ser corretamente preenchidos (exclusivamente com tinta na cor azul ou preta), devendo constar da assinatura e nº do CRM do médico autorizado a atuar na **Compromissária**, não sendo permitido alterá-los.
- H. Não serão aceitas solicitações incompletas ou rasuradas.

#### **Parágrafo Terceiro** – RETIRADA DE HEMOCOMPONENTES

- A. A retirada de hemocomponentes do **Compromitente** deve ser realizada, exclusivamente, por funcionários autorizados da **Compromissária**, portando documento de identificação oficial.
- B. O funcionário da **Compromissária** responsável pela retirada deve conferir os hemocomponentes recebidos e assinar as duas vias do documento de “Expedição de Hemocomponentes” emitido pelo **Compromitente**.

#### **Parágrafo Quarto** – TRANSPORTE E CONTROLE DE TEMPERATURA DE HEMOCOMPONENTES

Para o transporte dos produtos fornecidos, a **Compromissária** deve cumprir as legislações vigentes, além de atender às seguintes exigências:

- A. Utilizar caixas isotérmicas de poliuretano com termômetro de máxima e mínima instalado e funcionando, contendo gelo reciclável apropriado para manter a temperatura adequada de transporte.
- B. Utilizar caixas individuais segundo o tipo de produto: Sangue Total e/ou Concentrado de Hemácias; Concentrado de Plaquetas; Plasma e Crioprecipitado.
- C. Afixar às caixas de transporte hemocomponentes para fins transfusionais a informação: “**PRODUTO BIOLÓGICO PARA TRANSFUSÃO**”, conforme Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370 de 07/05/2014.
- D. Afixar às caixas de transporte de amostras de sangue de receptores a informação: “**ESPÉCIMES PARA DIAGNÓSTICO**”.
- E. Garantir as condições necessárias para que a entrega dos hemocomponentes ao seu destino seja efetuada com a maior brevidade possível;
- F. Verificar e registrar a temperatura da caixa de transporte dos hemocomponentes e, manter os registros arquivados, tomando as ações corretivas necessárias quando a temperatura estiver fora da faixa de transporte.

- G. Garantir que o transporte dos produtos fornecidos seja efetuado junto a uma via do documento “Expedição de Hemocomponentes” assinado por funcionário da **Compromissária**.
- H. Disponibilizar treinamento periódico para a equipe de transporte, sobre biossegurança, condutas a serem tomadas durante o transporte de hemocomponentes e ações para correção de desvio na temperatura durante transporte.
- I. Validar o processo de transporte de hemocomponentes de acordo com os requisitos estabelecido na Resolução - RDC nº 34/2014, MS/ANVISA.

**Parágrafo Quinto** – IDENTIFICAÇÃO DO TUBO COM AMOSTRA DE SANGUE DO PACIENTE PARA ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO E/OU TESTES PRÉ-TRANSUFIONAIS

- A. Para a realização de estudo imuno-hematológico e/ou testes pré-transfusionais pelo **Compromitente**, a **Compromissária** obriga-se a encaminhar a amostra de sangue do paciente devidamente identificada, conforme ANEXO V.
- B. A amostra de sangue do paciente deve ser coletada na mesma data do envio da solicitação.
- C. Não serão aceitas amostras cuja identificação não esteja dentro das especificações do ANEXO V e não tenham sido transportadas conforme orientações da Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07/05/2014.

**CLÁUSULA SEGUNDA** – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

**Parágrafo Primeiro** – RECEBIMENTO E GERENCIAMENTO DO ESTOQUE

- A. No ato do recebimento dos hemocomponentes, a **Compromissária** deve realizar a inspeção visual do(s) produto(s) e conferir o “Documento de Expedição”.
- B. Devolver ao **Compromitente** uma via do “Documento de Expedição” devidamente assinado.
- C. Por ocasião do recebimento dos hemocomponentes pelo profissional da Agência Transfusional, deve inspecionar e registrar os dados referentes aos hemocomponentes, obedecendo ao Regulamento Técnico e Sanitário vigente.
- D. Comunicar, por escrito, ao **Compromitente** qualquer não conformidade encontrada no **prazo de 24 (vinte e quatro) horas**.
- E. Gerenciar o estoque, armazenamento e prazo de validade dos hemocomponentes.
- F. Devolver ao **Compromitente** os produtos não utilizados em até, no máximo, 01(uma) semana antes da expiração do prazo de viabilidade dentro do prazo de viabilidade de remanejamento para utilização, evitando o descarte por validade.
- G. Não comercializar os hemocomponentes.
- H. Comunicar, ao **Compromitente**, qualquer impossibilidade de atuação em Hemoterapia, durante a vigência deste **TERMO DE COMPROMISSO**.

**Parágrafo Segundo** – TESTES PRÉ-TRANSUFIONAIS

A **Compromissária** obriga-se a realizar os testes de seleção pré-transfusional, de forma completa. Cumpre à **Compromissária** informar ao **Compromitente** quaisquer não conformidades identificadas nos testes pré-transfusionais e exclusivamente relacionadas ao hemocomponente fornecido.

### **Parágrafo Terceiro** – HEMOTRANSFUSÃO

A indicação, instalação/acompanhamento da hemotransfusão são de responsabilidade dos profissionais médicos e de enfermagem da **Compromissária**, respectivamente. O atendimento imediato à reação transfusional é de inteira responsabilidade da **Compromissária**.

### **Parágrafo Quarto** – COMITÊ TRANSFUSIONAL

- A. Instituir um comitê transfusional multidisciplinar, do qual faça parte um representante do Serviço de Hemoterapia.
- B. Implementar um protocolo para controle das indicações, do uso e do descarte de sangue e hemocomponentes.
- C. Promover ações de capacitação técnica da equipe da instituição sobre as boas práticas em hemoterapia, indicações de hemotransfusão e reações transfusionais.

### **Parágrafo Quinto** – HEMOVIGILÂNCIA E RETROVIGILÂNCIA

- A. Proceder às atividades de hemovigilância visando identificar riscos, manter melhoria da qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência de eventos adversos resultantes do uso terapêutico de hemocomponentes.
- B. Em caso de evento adverso à transfusão de hemocomponentes, a investigação, conclusão e notificação à vigilância sanitária competente, bem como manutenção de registros de todas as informações, conduta e tratamento devem ser realizadas pela **Compromissária** que realizou a transfusão, conforme Resolução – RDC nº 34/2014, MS/ANVISA, Capítulo II do Regulamento Sanitário, Art. 101,146 e 147 e Resolução - RDC nº 75/2016, MS/ANVISA.
- C. Comunicar ao serviço de hemoterapia produtor do componente sanguíneo, os casos de suspeita de reação por contaminação microbiana ou lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) ou soroconversão de receptor para rastreamento do(s) provável(veis) doador(es) envolvido(s) e dos demais componentes sanguíneos dele(s) porventura coletado(s), de acordo com o procedimento operacional do serviço, conforme Portaria de Consolidação MS/GM nº 05/2017, Art. 208.
- D. Realizar a devolução de hemocomponentes e/ou a investigação e o acompanhamento de receptor(es) envolvido(s) nos processo(s) de retrovigilância desencadeado(s) pelo **Compromitente**; proceder a notificação dos casos confirmados ou da suspeita de transmissão de doenças infecciosas à Vigilância em Saúde (Sanitária e Epidemiológica) e comunicar os resultados ao **Compromitente**, como determina a Portaria de Consolidação MS/GM nº 05/2017, Anexo IV, Art. 25,135 e 210 e Resolução RDC nº 34/2014, MS/ANVISA, Art.101, 104, 146 e 147.

### **Parágrafo Sexto** – PROMOÇÃO À DOAÇÃO DE SANGUE

- A. Organizar e manter um programa de captação de doadores voluntários de sangue.
- B. Cadastrar junto ao **Compromitente** profissional de nível superior de sua instituição responsável pela captação de doadores voluntários, espontâneos e habituais por meio da Ficha de Cadastro – Promoção à Doação de Sangue do Estado do RJ, ANEXO VI, modelo fornecido pelo **Compromitente**.
- C. Informar à comunidade que atende os endereços dos postos de coleta da rede pública e as condições básicas de doação.

### **Parágrafo Sétimo** – ALTERAÇÃO/SUBSTITUIÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Por ocasião de alteração/substituição do (a) médico (a) Responsável Técnico (a) a **Compromissária** deve informar imediatamente ao **Compromitente** por escrito os dados cadastrais e envio de cópia reprográfica do especialista em Hemoterapia ou Hematologia. No caso de outra especialidade, enviar cópia reprográfica do comprovante de qualificação por órgão competente devidamente reconhecido (título de especialidade).

### **Parágrafo Oitavo** – IMPOSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO EM HEMOTERAPIA

Comunicar ao **Compromitente** qualquer impossibilidade de atuação em Hemoterapia, durante a vigência deste **TERMO DE COMPROMISSO**. Neste caso, este será automaticamente rescindido e poderá ser renovado, mediante a apresentação da cópia da Licença de Funcionamento emitida pela Superintendência de Vigilância Sanitária/Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES-RJ, juntamente com a cópia do Relatório de Inspeção desse órgão.

### **Parágrafo Nono** – PENALIDADE

A **Compromissária** é responsável por danos eventualmente causados ao **Compromitente** ou a terceiros, usuários, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

## **CLÁUSULA TERCEIRA** – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

### **Parágrafo Primeiro** – SOLICITAÇÕES

- A. Atender às solicitações da **Compromissária** conforme o estabelecido no OBJETO e a disponibilidade de produto.

### **Parágrafo Segundo** – HEMOVIGILÂNCIA E RETROVIGILÂNCIA

- A. Proceder às atividades de hemovigilância visando identificar riscos, manter melhoria da qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência de eventos adversos resultantes da doação e do uso terapêutico de sangue e hemocomponentes.
- B. Proceder à investigação de retrovigilância nos casos de soroconversão de doador/receptor ou nos casos de suspeita de reação por contaminação microbiana ou lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), conforme determina Resolução - RDC nº 34/2014 – MS/ANVISA, Resolução – RDC nº 75/2016 – MS/ANVISA e Portaria de Consolidação MS/GM nº 05/2017.

### **Parágrafo Terceiro** – DA ORIENTAÇÃO SOBRE CONDUTAS HEMOTERÁPICAS

- A. O **Compromitente** dispõe de médico especializado para orientar a **Compromissária** sobre a terapia transfusional de seus pacientes.
- B. Colaborar com a **Compromissária** nas atividades transfusionais, elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado.

## **CLÁUSULA QUARTA – NORMAS E REGULAMENTOS EM HEMOTERAPIA VIGENTES**

Fazer cumprir rigorosamente as normas e regulamentos em hemoterapia vigentes listados abaixo e publicados posteriormente a emissão deste Termo:

- Resolução SES nº 587, de 13 de setembro de 1990.
- Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, Ministério da Saúde.
- Resolução - RDC nº 149, de 14 de agosto de 2001, MS/ANVISA.
- Resolução - RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, MS/ANVISA.
- Deliberação CIB-RJ nº 97, de 23 de outubro de 2001.
- Resolução SES nº 1.784, de 02 de abril de 2002.
- Resolução SES nº 618 de 09 de maio de 2013.
- Resolução - RDC nº 20, de 10 de abril de 2014, MS/ANVISA.
- Portaria Conjunta ANVISA/SAS nº 370, de 07 de maio de 2014.
- Resolução - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, MS/ANVISA.
- Resolução - RDC nº 75, de 02 de maio de 2016, MS/ANVISA.
- Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 28 de setembro de 2017.
- Resolução SES nº 1.822 de 19 de março de 2019.

## **CLÁUSULA QUINTA – ARQUIVAMENTO**

- A. A **Compromissária** e o **Compromitente** devem garantir que os documentos sejam legíveis, compreensíveis, invioláveis, datados e assinados por pessoal autorizado, devendo, no caso de correção, permitir a leitura da informação original.
- B. Todos os registros devem ter sua integridade garantida e permanecer arquivados pelo período mínimo de 20 (vinte) anos, de forma tal que sejam recuperados e disponibilizados sempre que necessário.
- C. A **Compromissária** e o **Compromitente** ficam obrigados a informar, quando solicitado, os dados de seus registros, incluindo os de cadastro, de produção e dos eventos adversos à Vigilância Sanitária competente.
- D. A **Compromissária** e o **Compromitente** devem manter o presente instrumento arquivado por 05 (cinco) anos após a sua vigência.

## **CLÁUSULA SEXTA – INFORMAÇÃO DE PRODUÇÃO HEMOTERÁPICA**

A **Compromissária** deve lançar mensalmente no Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD, da Superintendência de Vigilância Sanitária/SES-RJ, os dados de produção hemoterápica, conforme Resolução - RDC nº 149, de 21/8/2001, MS/ANVISA.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DOS ADITIVOS**

O presente instrumento terá sua vigência a partir da data de sua assinatura até a data de **30 de abril de 2020**, podendo ser alterado por meio de Termo Aditivo, desde que não haja modificação do OBJETO.

## **CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA**

O presente **TERMO DE COMPROMISSO** poderá se rescindido, de pleno direito, no caso de se infringir qualquer uma das cláusulas e condições nele estipuladas, podendo ainda ser denunciada por qualquer dos interessados, com a antecedência mínima de 20 (vinte) dias ou a qualquer tempo, diante da superveniência de impedimento legal

que o torne formal ou materialmente inexequível. No caso de rescisão, não haverá ônus nem direito a indenização para nenhuma das partes.

**CLÁUSULA NONA – DO FORO**

As questões decorrentes da execução deste instrumento, que não possam ser discriminadas administrativamente, deverão ser julgadas no Foro da Comarca da Cidade do Rio de Janeiro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente **TERMO DE COMPROMISSO**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos e legais efeitos.

**Rio de Janeiro, de de 2019.**

---

**Compromitente – Diretor Geral do HEMORIO  
Dr. Luiz de Melo Amorim Filho  
CRM 52.32217-3**

---

**Compromissária – Secretário (a) Municipal de Saúde ou Diretor (a) da Unidade de Saúde  
Assinatura e N° CRM ou N° RG**

---

**Compromissária – Responsável Técnico (a) do Serviço de Hemoterapia  
ASSINATURA e N° CRM**

**Testemunhas:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

**Nome:  
RG:**

**Nome:  
RG:**

ANEXO I  
Ficha de Cadastro



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



HEMÓRIO  
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA  
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

FICHA DE CADASTRO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

Natureza da Instituição

( ) Pública ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

( ) Conveniada ao SUS Data da Última Publicação em DO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diretor(a) da Instituição \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefone da Direção \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia \_\_\_\_\_

Especialidade do Médico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Responsável Técnico Substituto \_\_\_\_\_

Especialidade do Médico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefone do Serviço de Hemoterapia \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

II - SERVIÇOS

( ) Maternidade ( ) Centro Cirúrgico ( ) Terapia Intensiva ( ) Emergência ( ) Hemodiálise

Atendimento a paciente hematológico ( ) SIM ( ) NÃO

III - PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

Transusão ( ) Adultos ( ) Pediatria ( ) Neonatologia ( ) Ambulatório

Recebe sangue de terceiros ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_  
identificar

Distribui sangue para terceiros ( ) SIM ( ) NÃO \_\_\_\_\_  
Identificar

\_\_\_\_\_  
dd/mm/aa

Assinatura  
Nº do CRM do(a) Responsável Técnico(a)

Assinatura  
Nº do CRM ou RG do(a) Diretor(a) da Unidade /  
Secretário(a) Municipal de Saúde

ASSESSORIA HEMORREDE  
Rua Frei Caneca, 8 - 8º andar - Sala 811 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20.211-030  
Tel.: 55 (21) 2332-8610  
www.hemorio.rj.gov.br / e-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br



ANEXO II  
Solicitação de Hemocomponentes para Estoque



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES PARA ESTOQUE**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Sigla: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Componente	O		A		B		AB	
	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG	POS	NEG
Concentrado de Hemácias								
Concentrado de Hemácias Pediátrico								
Plasma								

**OBS:** O fornecimento de Concentrado de Hemácias Rh negativos, Concentrado de Plaquetas e/ou Crioprecipitado está condicionado ao envio concomitante do formulário nominal de solicitação do hemocomponente devidamente preenchido e contato prévio com a Expedição, Armazenamento e Procedimentos Especiais do HEMORIO.

**Tenho Ciência:**

1º Das Normas Técnicas de Hemoterapia vigentes e me responsabilizo pelo transporte, estocagem, provas de compatibilidade e transfusão dos hemocomponentes fornecidos;

2º De que estes produtos não são comercializáveis.

\_\_\_\_\_

Assinatura e CRM do Responsável Técnico

Data

EXPEDIÇÃO, ARMAZENAMENTO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Rua Frei Caneca, 8 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20211-030

Tel.: (21) 2332-8627 / (21) 2332-8611 ou 2332-8612 ou 2332-8613 ou 2332-8614 Ramal 2271 - www.hemorio.rj.gov.br

expedicao@hemorio.rj.gov.br

ANEXO III  
Requisição Nominal de Hemocomponentes



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**REQUISIÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES**

**I – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE**

Nome \_\_\_\_\_ Sigla no HEMORIO \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

**II – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Peso \_\_\_\_\_ Kg

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Município de Residência \_\_\_\_\_

**III – INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSFUÇÃO**

**1 – TIPO DE TRANSFUÇÃO** \_\_\_\_\_ **GRUPO SANGÜÍNEO** \_\_\_\_\_ **FATOR RH** \_\_\_\_\_

( ) **Programada** Reserva para o dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) **Rotina** (a ser realizada dentro de 24 horas a partir do horário da solicitação)

( ) **Urgente** (a ser realizada dentro de 3 horas a partir do horário da solicitação)

( ) **EMERGÊNCIA** (o retardo na transfusão do ST ou CH pode acarretar risco para a vida do paciente).  
**AUTORIZO A EXPEDIÇÃO DA(S) UNIDADES DE SANGUE TOTAL E/OU CONCENTRADO(S) DE HEMÁCIA(S) SOLICITADA(S) SEM A FINALIZAÇÃO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS, JUSTIFICADA POR RISCO DE VIDA DO PACIENTE, CASO A TRANSFUÇÃO NÃO SEJA REALIZADA IMEDIATAMENTE.**

Assinatura e CRM legível: \_\_\_\_\_

**2 – DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** \_\_\_\_\_

**3 – INDICAÇÃO DA TRANSFUÇÃO** \_\_\_\_\_

**COMPONENTE(S) SOLICITADO(S) / DADOS LABORATORIAIS**

COMPONENTE	QUANTIDADE OU VOLUME	DADOS LABORATORIAIS		DATA
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		Ht	% ou Hb g/dL	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		Contagem de Plaquetas		
PLASMA FRESCO		TAP	PTT	
CRIOPRECITADO		Fibrinogênio		

**4 – PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E/OU OBSERVAÇÕES:**

( ) Desleucocitado ( ) Lavado ( ) Irradiado ( ) Fracionado ( ) Fenotipado

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura/CRM: \_\_\_\_\_

**UNIDADES DE SAÚDE QUE REALIZAM PROVA DE COMPATIBILIDADE NO HEMORIO**

**1 - Enviar UMA AMOSTRA DO PACIENTE**, coletada em tubo com **EDTA** para realização dos TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

**1.1 – A AMOSTRA** deve ser coletada na **MESMA DATA** do envio da solicitação da transfusão.

**1.2 – A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA** deve conter: **NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURAS), MATRÍCULA OU REGISTRO NA UNIDADE DE SAÚDE, DATA DE COLETA, RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELA COLETA.**

**POR MEDIDA DE SEGURANÇA, AS REQUISIÇÕES E/OU AMOSTRAS INCOMPLETAS, INADEQUADAMENTE IDENTIFICADAS OU ROTULADAS, COM DIVERGÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO OU DE GRUPO SANGÜÍNEO/FATOR Rh EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO OU AO CADASTRO DO PACIENTE NO HEMORIO SERÃO DESCARTADAS, DEVENDO SER ENVIADA NOVA AMOSTRA PARA A LIBERAÇÃO DO COMPONENTE**

2019

EXPEDIÇÃO, ARMAZENAMENTO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS  
Rua Frei Caneca, 8 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030  
Tel.: (21) 2332-8627 / (21) 2332-8611 ou 2332-8612 ou 2332-8613 ou 2332-8614 Ramal 2271 – [www.hemorio.rj.gov.br](http://www.hemorio.rj.gov.br)  
expedicao@hemorio.rj.gov.br

**ANEXO IV**  
**Requisição de Estudo Imuno-Hematológico**



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**



**HEMORIO**  
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA  
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

**REQUISIÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO**

**I – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE**

Nome \_\_\_\_\_ Sigla no HEMORIO \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ Telefone do médico solicitante \_\_\_\_\_

**II – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº CNS \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo ( ) F ( ) M Peso \_\_\_\_ Kg

Matrícula \_\_\_\_\_ Raça: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indeterminado ( ) Indígena Etnia: \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

**III – DADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

**1 – DIAGNÓSTICO** \_\_\_\_\_

**2 – DADOS LABORATORIAIS** Ht \_\_\_\_ % ou Hb \_\_\_\_ g/dL **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3 – DATA DA ÚLTIMA TRANSFUÇÃO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4 – HISTÓRICO IMUNO-HEMATOLÓGICO:**

**GRUPO SANGUÍNEO** \_\_\_\_\_ **FATOR RH** \_\_\_\_\_ **TAD:** \_\_\_\_\_ **AUTOCONTROLE:** \_\_\_\_\_

**RESULTADO DO PAI:** \_\_\_\_\_

**Anexar as cópias das triagens de anticorpos e painéis realizados**

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura/CRM: \_\_\_\_\_

**A REALIZAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO É EFETUADA MEDIANTE PRÉVIO CONTATO DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE JUNTO AO LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA DO HEMORIO**

– Telefone para contato: (21) 2332-8611 – 2332-8612 R-2317. Horário para recebimento das amostras: 2ª a 6ª feira, 8h às 12h. O recebimento de amostras fora do período estabelecido está condicionado à autorização pelo Laboratório de Imuno-hematologia.

**É OBRIGATÓRIO INFORMAR A DATA DE NASCIMENTO E NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PACIENTE NESTA REQUISIÇÃO. A REALIZAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO É CONDICIONADA AO ENVIO DE AMOSTRAS DO PACIENTE.**

Para a realização do estudo imuno-hematológico é obrigatório o envio de **DUAS AMOSTRAS** do paciente coletadas em **TUBO COM EDTA**.

**1.1 – QUANTO À COLETA:** deve ser realizada na **mesma data** do envio da solicitação do estudo; na impossibilidade do envio das amostras na data da coleta, separar o plasma e hemácias; congelar o plasma e manter as hemácias nos tubos originais em temperatura = 4°C; enviar as amostras separadas (plasma e hemácias) ao HEMORIO no prazo máximo de 72 horas após a coleta.

**1.2 – A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA** deve conter: **NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURAS), MATRÍCULA OU REGISTRO NA UNIDADE DE SAÚDE, DATA DE COLETA, RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELA COLETA.**

**POR MEDIDA DE SEGURANÇA, AS REQUISIÇÕES E/OU AMOSTRAS INCOMPLETAS, INADEQUADAMENTE IDENTIFICADAS OU ROTULADAS, COM DIVERGÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO OU DE GRUPO SANGUÍNEO/FATOR Rh EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO OU AO CADASTRO DO PACIENTE NO HEMORIO SERÃO DESCARTADAS, DEVENDO SER ENVIADA NOVA AMOSTRA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO.**

**RESULTADO DO ESTUDO**

O prazo para a emissão do laudo é de 7 (sete) dias úteis, contados a partir da data da entrega da amostra. A impressão do laudo será efetuada somente mediante solicitação do requisitante (confirmar previamente a conclusão do estudo junto ao Laboratório de Imuno-hematologia). Retirar o laudo na Expedição, Armazenamento e Procedimentos Especiais nos seguintes horários: 2ª à 6ª feira, das 8h às 12h.

LABORATÓRIO DE IMUNO-HEMATOLOGIA  
Rua Frei Caneca, 8, 2º andar – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20211-030  
Tel.: (21) 2332-8611 ou 2332-8612 ou 2332-8613 ou 2332-8614 Ramal 2317 – [www.hemorio.rj.gov.br](http://www.hemorio.rj.gov.br)  
imuno.paciente@hemorio.rj.gov.br

ANEXO V  
Identificação do Tubo com Amostra de Sangue do Paciente para a  
Realização de Testes Pré-Transfusionais  
e/ou Estudo Imuno-hematológico

**POSICIONAMENTO DA ETIQUETA  
DE IDENTIFICAÇÃO**

**DADOS DA ETIQUETA DE  
IDENTIFICAÇÃO:**

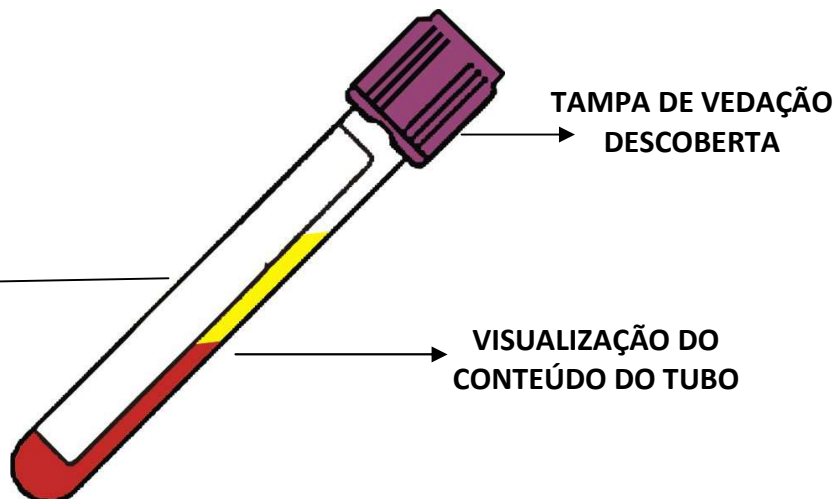
INSTITUIÇÃO:

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

MATRÍCULA OU REGISTRO:

DATA E HORA DA COLETA:

IDENTIFICAÇÃO DO COLETOR:



ANEXO VI  
Ficha de Cadastro  
Promoção à Doação de Sangue do Estado do RJ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**HEMORIO**  
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA  
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

**FICHA DE CADASTRO  
PROMOÇÃO À DOAÇÃO DE SANGUE DO ESTADO DO RJ**

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

Nome \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_  
E-mail (DG) \_\_\_\_\_

**II - DADOS DA EQUIPE DE CAPTAÇÃO**

Nome do Captador \_\_\_\_\_  
Cargo ( ) Assistente Social ( ) Médico ( ) Técnico Enfermagem  
( ) Enfermeiro ( ) Marketing ( ) Técnico Laboratório  
( ) Biólogo ( ) Administrativo ( ) Outro [ ]  
Telefone do trabalho \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**Membros da Equipe de Captação:**

01 Nome \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
02 Nome \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
03 Nome \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
04 Nome \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_  
05 Nome \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_ Formação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dd/mm/aa

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Nº do Conselho ou Matrícula do(a) Responsável  
pelas informações

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Nº do CRM ou RG do(a) Diretor(a) da Unidade /  
Secretário(a) Municipal de Saúde

**ASSESSORIA HEMORREDE**  
Rua Frei Caneca, 8 – 8º andar – Sala 811 – Centro – Rio de Janeiro – CEP 20.211-030  
Tel.: 55 (21) 2332-8610  
www.hemorio.rj.gov.br / e-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br