

HEMOPROD - UF

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE PRODUÇÃO HEMOTERÁPICA

Às instituições executoras de atividades hemoterápicas

Segundo a RDC 149, de 14 de agosto de 2001 (http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_149_2001_COMP.pdf/4874ef0d-7546-4197-8e04-e9a291418d50), as instituições executoras de atividades hemoterápicas devem encaminhar seus dados mensais de produção para a Vigilância Sanitária por meio do formulário do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica (Hemoprod).

A Anvisa, em parceria com as vigilâncias sanitárias locais, disponibiliza este formulário eletrônico do Hemoprod para coletar os dados de produção dos estabelecimentos de sangue do país, em substituição ao conjunto de planilhas Microsoft Office Excel.

O formulário está disponível por unidade federativa e deve ser preenchido com os dados mensais de produção dos estabelecimentos de sangue **até o 10º dia útil** subsequente ao mês/período informado.

Antes de preencher, certifique-se de que o formulário refere-se a unidade federativa onde está localizada a instituição. Neste caso, trata-se de um formulário do estado do **(nome da unidade federativa)**.

Em caso de dúvidas, consulte o 'Manual do Formulário Eletrônico - Hemoprod (<https://view.genial.ly/633dd79b765ec70018f881d8/guide-guiahemoprod>)' ou entre em contato pelos canais de atendimento (https://www.gov.br/anvisa/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento).

ATENÇÃO! Os dados referentes aos testes laboratoriais realizados por terceiros devem ser informados pelo Serviço de Coleta e não pela unidade que realiza os exames.

Vigilância Sanitária do (nome da unidade federativa)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

Existe(m) 35 questão(ões) neste questionário.

HEMOPROD - IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DADO

Tipo de Informação

Antes de responder ao formulário, declare o tipo de informação que será inserida.

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

ORIGINAL

RETIFICADORA

Original: inserida pela primeira vez neste formulário.

Retificadora: referente a correção de um dado já informado neste formulário. Neste caso, é necessário preencher todo o formulário novamente.

Ano de referência

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

2022

2023

2024

Selecione o ano correspondente aos dados de produção que serão informados.

Período de referência *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Consolidado
- Janeiro
- Fevereiro
- Março
- Abril
- Maio
- Junho
- Julho
- Agosto
- Setembro
- Outubro
- Novembro
- Dezembro

Selecione o mês correspondente aos dados de produção que serão informados.

A opção 'Consolidado' refere-se ao período de janeiro a dezembro do ano de referência.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Município *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Município A/UF
- Município B/UF
- Município C/UF
- Município D/UF
- Município E/UF

Razão Social - Nome Fantasia

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

Teste 1 - Teste 1A

Teste 2 - Teste 2B

Teste 3 - Teste 3C

Teste 4 - Teste 4D

Outro

Nome popular do estabelecimento.

Caso o nome do estabelecimento não esteja na lista, selecione a opção 'Outro' e insira o nome.

CNPJ *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Informe os 14 dígitos numéricos, sem caracteres.

Tipo de estabelecimento *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Agência Transfusional
- Hemocentro Coordenador
- Hemocentro Regional
- Núcleo de Hemoterapia
- Unidade de Coleta
- Unidade de Coleta e Transfusão

Selecione de acordo com o definido pela RDC 151, de 21 de agosto de 2001 (<http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/26768>), que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia.

Natureza do estabelecimento *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- Privado
- Privado-SUS
- Público

Os dados informados referem-se à um(a):

*

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

Único serviço

Rede de serviços

Cite os estabelecimentos que compõem a rede

*Informe o **Tipo de Estabelecimento**, o **Nome Fantasia** e o **Município** de localização de cada um.*

*

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Utilize uma linha para cada estabelecimento. Clique shift + enter para mudar de linha.

Ex: Agência Transfusional do Serviço de Hemoterapia X de São Paulo.

HEMOPROD_1 - TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES E COLETA

ATENÇÃO!!! Todos os itens do formulário constam como obrigatórios, exceto o campo de observações. Caso algum item não se aplique ao contexto do estabelecimento de sangue, registre o número "0" (zero).

2. Triagem Clínica

2.1 Total de candidatos quanto ao tipo de doação *

	Aptos	Inaptos
Espontânea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reposição	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autóloga	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto de candidatos à doação (espontânea, de reposição e autóloga) aptos e inaptos.

Entende-se por doação:

- Espontânea: é aquela doação advinda do indivíduo que procura o Serviço de Hemoterapia espontaneamente, independente de campanha, atendimento a paciente específico ou para atender a uma convocação da necessidade do serviço.
- De reposição: é aquela doação advinda do indivíduo que doa para atender a necessidade de um paciente, inclusive as doações dirigidas, vinculadas ou específicas.
- Autóloga: é aquela doação advinda do indivíduo que doa para si próprio.

2.2 Total de candidatos quanto ao tipo de doador *

	Aptos	Inaptos
Primeira vez	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Repetição	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esporádico	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto de candidatos à doação (de primeira vez, de repetição e esporádico) aptos e inaptos.

Entende-se por:

- Primeira vez: é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele Serviço de Hemoterapia.
- Repetição: é aquele indivíduo que doa pelo menos uma vez a cada treze meses, considerando a data de sua última doação no mesmo Serviço de Hemoterapia. Também considerado doador de retorno, fidelizado ou habitual, dependendo do total de doações/ano.
- Esporádico: é aquele indivíduo que doa eventualmente num intervalo superior a 13 meses.

2.3 Total de candidatos quanto ao gênero do doador *

	Aptos	Inaptos
Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto de candidatos à doação (Homens/ Masculino e Mulheres/Feminino) aptos e inaptos.

2.4 Total de candidatos quanto a idade do doador *

	Aptos	Inaptos
Menor de 18 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18 até 29 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acima de 29 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto de candidatos à doação com idade inferior a 18 anos, entre 18 e 29 anos e acima de 29 anos, aptos e inaptos.

ATENÇÃO (1)!!! O dado referente aos candidatos **menores de 18 anos** não é de preenchimento obrigatório, pois não consta como item da norma. Caso o estabelecimento não tenha este dado, registre o número "0" (zero).

ATENÇÃO (2)!!! O valor total dos itens 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 deverá ser o mesmo.

2.5 Total de candidatos inaptos por motivo de inaptidão e por gênero *

	Masculino	Feminino	Total
Anemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipertensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipotensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcoolismo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comportamento de risco para DST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uso de drogas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doença de Chagas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Malária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Masculino	Feminino	Total
Outras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto de candidatos à doação por gênero que foram considerados inaptos na triagem devido a uma das causas abaixo citadas:

- Anemia: número absoluto de candidatos rejeitados por estarem anêmicos.
- Hipertensão: número absoluto de candidatos rejeitados por estarem hipertensos.
- Hipotensão: número absoluto de candidatos rejeitados por estarem hipotensos.
- Alcoolismo: número absoluto de candidatos rejeitados em função de terem ingerido bebida alcóolica.
- Comportamento de risco para DST: número absoluto de candidatos rejeitados face ao comportamento sexual de risco.
- Uso de drogas: número absoluto de candidatos rejeitados por serem usuários de drogas.
- Hepatite: número absoluto de candidatos rejeitados em função de história de hepatite.
- Doença de Chagas: número absoluto de candidatos rejeitados em função de história de Doença de Chagas.
- Malária: número absoluto de candidatos rejeitados em função de história de malária.
- Outras: número absoluto de candidatos rejeitados por qualquer outro motivo que não se enquadre em uma das opções anteriores.

ATENÇÃO!!! Caso o estabelecimento não possua o dado extratificado por gênero, preencher apenas a coluna 'Total' com o número absoluto de candidatos inaptos por motivo da inaptidão e os demais campos por gênero inserir o número 0 (zero).

3. Coleta

3.1 Total de candidatos **desistentes** *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Registrar o número absoluto de candidatos aptos à doação que não compareceram a sala de coleta.

3.2 Total de **interrupções** na coleta por *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Dificuldade de punção venosa

Reação vagal

Outros motivos

Registrar o número absoluto de interrupções ocorridas no momento da coleta devido a uma das causas abaixo citadas:

- Dificuldade de Punção Venosa: número absoluto de doações interrompidas por qualquer dificuldade na punção venosa.
- Reação Vagal: número absoluto de doações interrompidas por reação vagal de qualquer gravidade.
- Outros: número absoluto de doações interrompidas por qualquer outro motivo que não se enquadre em uma das opções anteriores, como também por desistência do indivíduo no momento da coleta.

ATENÇÃO! Em caso do candidato à doação ter mais de uma causa de inaptidão na triagem, caberá ao Serviço de Hemoterapia identificar a mais importante e considerá-la para efeito estatístico.

3.3 Total de coletas *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Sangue total

Por aférese

Registrar o número absoluto de bolsas de sangue total coletadas e de bolas coletadas por aférese no Serviço de Hemoterapia.

ATENÇÃO! Total de Coletas realizadas = Número de candidatos aptos - Desistência (3.1) - Total de Interrupções na Coleta (3.2)

HEMOPROD_1 - Observações

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Use este campo para observações que julgar necessárias a respeito dos dados informados.

HEMOPROD_2 - TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES E DESCARTE DE BOLSAS

ATENÇÃO!!! Todos os itens do formulário constam como obrigatórios, exceto o campo de observações. Caso algum item não se aplique ao contexto do estabelecimento de sangue, registre o número "0" (zero).

4. Exames Realizados

4.1 Triagem de doenças transmissíveis pelo sangue *

	Amostras testadas	Amostras reagentes
Doença de Chagas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sífilis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatite B - HBs Ag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatite B - Anti HBc	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatite C	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HTLV I e II	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Malária	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HBV (Teste NAT)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Amostras testadas	Amostras reagentes
HCV (Teste NAT)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HIV (Teste NAT)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Amostras Testadas - Registrar o número absoluto de amostras de sangue testadas dos doadores, coletadas no próprio Serviço de Hemoterapia de acordo com tipo de doença (Sífilis, Doença de Chagas, HIV, Hepatite B, Hepatite C, HTLV I e II, Malária).

Amostras Reagentes - Registrar o número absoluto de amostras de sangue reagentes, ou seja, que apresentaram positividade (Não Negativo) nos exames realizados para cada doença.

ATENÇÃO (1)! Os exames realizados por terceiros serão informados pelo Serviço de Coleta e não pela unidade que realiza os exames.

ATENÇÃO (2)! No caso de HIV e Doença de Chagas, nos quais são realizados 02(dois) testes por amostra, para efeito estatístico deverá ser contado um único resultado reagente, caso os dois testes sejam reagentes.

ATENÇÃO (3)! Os exames aos quais se referem este item são os de triagem de doadores e não os exames confirmatórios.

ATENÇÃO (4)! Os dados referentes aos testes de ácido nucléico (NAT) para HIV, HCV e HBV não são de preenchimento obrigatório, pois não constam como item da norma. Caso o estabelecimento não tenha estes dados, registre o número "0" (zero).

4.2 Imunohematologia *

	Doador	Receptor
A+	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B+	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AB+	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O+	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AB-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dfraco	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Doador	Receptor
Pesquisa de anticorpo irregular positivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fenotipagem	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Combs Direto	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Registrar o número absoluto das amostras do sangue submetidas aos exames imunohematológicos para os doadores e receptores {ABO Rh (D) [A+,B+,AB+, O+, A-,B-, AB-, O-] Dfraco, Pesquisa de anticorpos Irregular positivo, Fenotipagem }.

4.3 Outros tipos de pesquisa *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Pesquisa de HbS no doador

Registrar o número absoluto de exames realizados por pesquisa de HbS no doador.

4.4 Inaptidão na triagem laboratorial *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Total de bolsas testadas

Total de bolsas reagentes para 1 ou mais marcadores

Registrar o número absoluto de bolsas testadas e o número total de bolsas reagentes para um ou mais marcadores no mesmo período.

5. Descarte de Bolsas

5.1 Descarte de bolsas *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Total de bolsas descartadas por auto-exclusão

Registrar o número absoluto de bolsas descartadas por auto-exclusão no período.

HEMOPROD_2 - Observações

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Use este campo para observações que julgar necessárias a respeito dos dados informados.

HEMOPROD_3 - PRODUÇÃO HEMOTERÁPICA E REAÇÃO TRANSFUSIONAL

ATENÇÃO!!! Todos os itens do formulário constam como obrigatórios, exceto o campo de observações. Caso algum item não se aplique ao contexto do estabelecimento de sangue, registre o número "0" (zero).

6. Produção Hemoterápica

6.1(a) Entradas *

	Produzidas	Recebidas	Devolvidas
Sangue total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma Fresco Congelado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma comum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Leucócitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Crioprecipitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Produzidas	Recebidas	Devolvidas
Concentrado de Plaquetas sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTRADAS:

- Produzidas: Registrar o número absoluto de bolsas produzidas por hemocomponente.
- Recebidas: Registrar o número absoluto de bolsas recebidas de outros Serviços de Hemoterapia ou Serviços Assistenciais, em condições de uso. Inclui-se neste campo os hemocomponentes submetidos as provas de incompatibilidade enviados aos Serviços Assistenciais que não possuam Agência Transfusional e que não utilizaram os hemocomponentes enviados.
- Devolvidas: Registrar o número absoluto de bolsas devolvidas por outros Serviços de Hemoterapia com ou sem exames pré-transfusionais.

6.1(b) Perdas

*

	Rompimento de Bolsa	Validade	Outros motivos
Sangue total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma Fresco Congelado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma comum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Leucócitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Crioprecipitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Rompimento de Bolsa	Validade	Outros motivos
Concentrado de Plaquetas sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PERDAS:

- Rompimento de Bolsa: Registrar o número absoluto de bolsas perdidas por rompimento, independente do mês de produção da referida bolsa.
- Validade: Registrar o número absoluto de bolsas perdidas por prazo de validade vencido, independente do mês de produção da referida bolsa.
- Outros: Registrar o número absoluto de bolsas perdidas por outros motivos que não os citados acima, independente do mês de produção da referida bolsa.

Observação: o campo total deste item é de preenchimento automático.

6.1(c) Tranfusões

*

	Ambulatorial	Hospitalar	Total
Sangue total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma Fresco Congelado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma comum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Leucócitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Crioprecipitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Ambulatorial	Hospitalar	Total
Concentrado de Plaquetas sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRANSFUSÕES:

- Registrar o número absoluto de Bolsas/Unidades transfundidas dentro do próprio Serviço de Hemoterapia, na área ambulatorial e na área hospitalar (caso a referida unidade possua leitos hospitalares) no mês, independente do mês de produção.

ATENÇÃO!!! Caso o estabelecimento não possua o dado extratificado por área de transfusão, preencher apenas a coluna 'Total' com o número absoluto de transfusões por hemocomponente e nos demais campos de transfusão por área inserir o número 0 (zero).

6.1(d) Distribuição para outros serviços

*

	Sem exame pré-transfusional	Com exame pré-transfusional	Total
Sangue total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma Fresco Congelado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plasma comum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Hemácias sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Leucócitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Sem exame pré-transfusional	Com exame pré-transfusional	Total
Crioprecipitado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Concentrado de Plaquetas sem buffy coat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DISTRIBUIÇÃO PARA OUTROS SERVIÇOS:

- Sem exame: Registrar o número absoluto de bolsas distribuídas sem exames pré-transfusionais para os Serviços de hemoterapia que mantém estoque.

- Com exame: Registrar o número absoluto de bolsas distribuídas com exames pré-transfusionais para os Serviços Assistenciais que não possuem Agência Transfusional e que recebem os hemocomponentes com provas de compatibilidade realizadas pelo serviço de hemoterapia distribuidor.

ATENÇÃO!!! Caso o estabelecimento não possua o dado extratificado por distribuição com ou sem exame, preencher apenas a coluna 'Total' com o número absoluto de bolsas distribuídas por hemocomponente e nos demais campos de distribuição com ou sem exame inserir o número 0 (zero).

6.2 Procedimentos de modificação dos hemocomponentes *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

6.2.1 Lavagem

6.2.2 Irradiação

6.2.3(a) Filtração em Concentrado de Plaquetas

6.2.3(b) Filtração em Concentrado de Hemácias

6.2.4 Fracionamento pediátrico

- Lavagem (6.2.1): Registrar o número absoluto de bolsas produzidas pelo procedimento de lavagem.
- Irradiação (6.2.2): Registrar o número absoluto de bolsas produzidas pelo procedimento de irradiação.
- Filtração de Leucócitos (6.2.3): Registrar o número absoluto de bolsas produzidas pelo procedimento de filtração de leucócitos, identificando separadamente, o número de bolsas de Concentrado de Plaquetas e Concentrado de Hemáceas.
- Fracionamento Pediátrico (6.2.4): Registrar o número absoluto de bolsas produzidas pelo procedimento de fracionamento pediátrico, a partir de uma bolsa-mãe.

7 Reações Transfusionais *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Reação Febril não Hemolítica

Reação Hemolítica

Reação Alérgica

Choque Bacteriano

Alterações Metabólicas

Sobrecarga Volêmica

Outras reações

Registrar o número absoluto de pacientes que possuíram reação transfusional, por tipo de reação, no Serviço de Hemoterapia.

Outras reações: registrar o número absoluto de pacientes que possuíram outras formas de reações transfusionais que não as anteriormente citadas.

ATENÇÃO! Os campos do item 7 deste formulário são de preenchimento facultativo já que a Anvisa coleta os dados de reações transfusionais oficialmente pelo Sistema Notivisa (<https://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmLogin.asp>).

8. Envio de Plasma para produção de hemoderivados *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Plasma Fresco Congelado

Plasma Comum

Registrar o número absoluto de bolsas de Plasma Fresco Congelado e Plasma Comum que foram encaminhadas para Serviços de Hemoterapia produtores de hemoderivados.

HEMOPROD_3 - Observações

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Use este campo para observações que julgar necessárias a respeito dos dados informados.

13.03.2023 – 16:06

Enviar questionário

Obrigado por ter preenchido o questionário.