

Tipo do Documento:	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.UGRA.001 – PÁGINA 1/8	
Título do Documento:	<b>BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS</b>	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

## 1. OBJETIVO

Estabelecer a rotina de busca ativa dos incidentes transfusionais no âmbito do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

## 2. MATERIAL

- Fluxograma de busca ativa dos incidentes transfusionais;
- Planilha de busca ativa da HEMOVIGILÂNCIA;
- Check list de aplicação segura de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS;
- Check list de aplicação segura de PLAQUETAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO.

## 3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

### 3.1. Responsabilidade:

É de responsabilidade dos funcionários da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais realizar a busca ativa dos incidentes transfusionais.

### 3.2. Periodicidade:

Realizar a busca ativa diariamente, de segunda-feira a sexta-feira, dos pacientes que realizaram transfusão no dia anterior. As transfusões que ocorrerem nos dias de sábado e domingo devem ser auditadas na segunda-feira.

### 3.3. Busca na Unidade Transfusional:

- Realizar a busca ativa dos pacientes através da planilha que se encontra na pasta denominada "Formulários, Planilhas e Check lists do SGQVS";
- Registrar na planilha de busca ativa da hemovigilância as informações, como data da transfusão, nome completo, clínica, leito, nº do prontuário, tipagem do paciente e do hemocomponente, bem como o tipo do produto transfundido, que estão disponíveis no livro de transfusão sanguínea na Unidade Transfusional (UT);
- Orientar os profissionais da UT sobre possíveis falhas nos registros internos dos pacientes.

*Handwritten signature and initials*

Tipo do Documento:	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.UGRA.001 – PÁGINA 2/8	
Título do Documento:	<b>BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS</b>	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

### 3.4. Busca nas clínicas:

- a) Conferir a planilha de busca ativa da hemovigilância na clínica com as informações do check list de aplicação segura de concentrado de hemácias, plaquetas, plasma e crioprecipitado de cada transfusão, como tipagem, tipo, nº e volume do hemocomponente disponíveis nos prontuários dos pacientes.
- b) Identificar o preenchimento adequado das etapas 1 e 2 do check list de aplicação segura de hemocomponentes, conforme legenda da planilha;
- c) Realizar uma entrevista com cada paciente transfundido, buscando identificar sinais e/ou sintomas que os pacientes possam ter apresentado durante ou após as transfusões;
- d) Caso seja identificado alteração dos sinais vitais no check list de aplicação segura de hemocomponentes e/ou o paciente queixar-se de sinais e sintomas durante e/ou após a transfusão, deve-se registrar na planilha na etapa de reação, conforme legenda da planilha;
- e) Realizar a notificação de incidente transfusional conforme as orientações descritas no POP de Notificação de incidentes transfusionais;
- f) Em caso de inconformidade no preenchimento do check list, deve-se orientar os profissionais das clínicas sobre a importância de preencher adequadamente o check list de aplicação segura de hemocomponentes, bem como identificar e registrar os sinais e/ou sintomas apresentados durante e/ou após as transfusões.



Tipo do Documento:	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	POP.UGRA.001 – PÁGINA 3/8	
Título do Documento:	<b>BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS</b>	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

**4. HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

*Chave*



Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.001 – PÁGINA 4/8	
Título do Documento:	BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 34, de 11 de junho de 2014 - Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.** Ministério da Saúde, 2014, 94p.

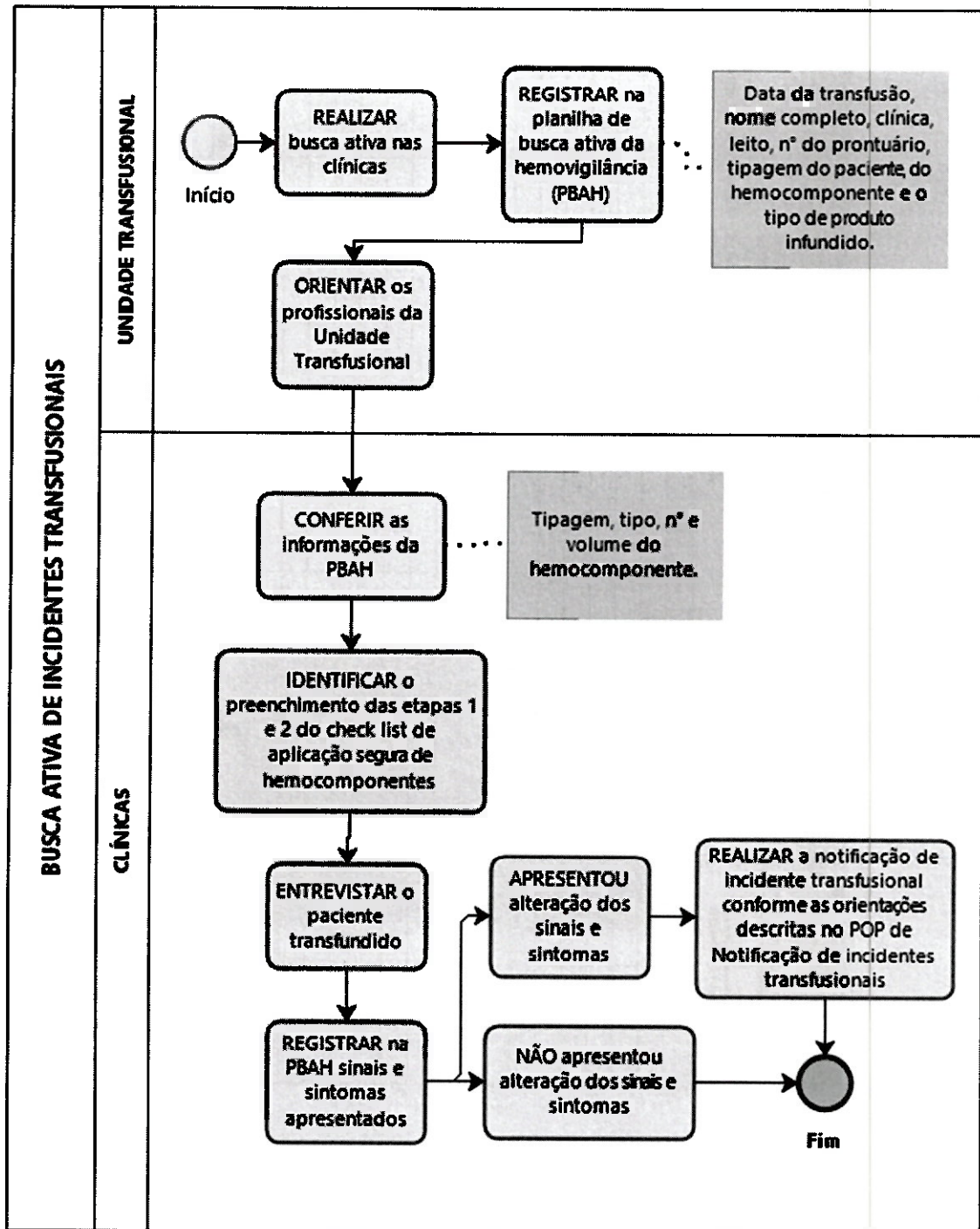
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 - Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Ministério da Saúde, 2016, 54p.

<b>ELABORAÇÃO</b> Alan de Oliveira Rezende (Biomédico)	<i>Alan de Oliveira Rezende</i>	Data: <u>30/09/2020</u>
<b>VALIDAÇÃO</b> Eliana Brasil Alves (Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - UGRA)	<i>Eliana Brasil Alves</i>	Data: <u>30/09/2020</u>
<b>APROVAÇÃO</b> Luciana Silveira da Silva (Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde)	<i>Luciana Silveira da Silva</i>	Data: <u>30/09/20</u>
<b>Status:</b> ATIVO		<b>Nº de cópias:</b> 01
<b>Destino:</b> Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HUGV		



Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.001 – PÁGINA 5/8	
Título do Documento:	BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

Anexo 01 - Fluxograma de busca ativa dos incidentes transfusionais



*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.001 – PÁGINA 6/8	
Título do Documento:	BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

**Anexo 02 - Planilha de busca ativa da HEMOVIGILÂNCIA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS  
SECTOR DE GESTÃO DA QUALIDADE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**Busca ativa da HEMOVIGILÂNCIA**



Nº	Data transfusão	Nome completo	Paciente				Hemocomponente			Check List				
			Clinica	Leito	Prontuário	Tipagem	Tipagem	Produto	Nº	Volume	Etapa 1	Etapa 2	Reação	
1	/ /													
2	/ /													
3	/ /													
4	/ /													
5	/ /													
6	/ /													
7	/ /													
8	/ /													
9	/ /													
10	/ /													
11	/ /													
12	/ /													
13	/ /													
14	/ /													
15	/ /													
16	/ /													
17	/ /													
18	/ /													

Check list  
1 - Etapas "A" e "B" do check list  
2 - Etapas "C" e "D" do check list

Preenchimento  
C - Completo  
I - Incompleto  
B - Em branco  
Ø - documento ausente

Reação transfusional  
S - Tem suspeita de reação transfusional  
N - Não tem suspeita de reação transfusional

Elaborador: Alim Rosário - Biomedico  
Revisor: Eliana Brasil - Farmacêutica

\*É proibida a reprodução de parte ou da totalidade deste material, mediante qualquer forma ou meio, sem prévia e formal autorização.

Rua Tonás de Vila Nova, nº 04 - Praça 14 de Janeiro - CEP: 69020-170 - Manaus/AM  
E-mail: hmovigilancia@ufam.br Telefone: (92) 3305-4741

*Handwritten signature and initials*

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.001 – PÁGINA 7/8	
Título do Documento:	BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão:	Próxima revisão:
		25/09/2019	25/09/2021
		VERSÃO: 01	

**Anexo 03 - Check list de aplicação segura de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS**  
**SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**Check list de aplicação segura de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**

Data transfusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

**Entrega/Recebimento de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS**  
 Profissional da Aq. Transf. x Profissional de Eml.  
 MARQUE COM UM "X"

**(A) Checar:** Satisfação de hemocomponentes x Etiqueta anexada no material

Nome completo  
 Data de nascimento  
 Registro do paciente  
 Clínica  
 Leito  
 Numeração da bolsa  
 ABO  
 Rh

**(B) Checar:** Data x Satisfação de hemocomponentes

Inspeção visual da bolsa  
 Adesão do n.º da bolsa  
 Numeração da bolsa  
 Validade da bolsa  
 Testes sorológicos da bolsa  
 ABO  
 Rh

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional de Eml.: \_\_\_\_\_  
 Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Profissional da Aq. Transf.: \_\_\_\_\_  
 Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Profissional de Eml.: \_\_\_\_\_  
 Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Rua Alceu Pena, 1053 Cauro (Entrada provisória do HUGV), CEP: 69020-160 Manaus-AM  
 Telefone: (92) 3305-4741 | E-mail: hmycentincha@gmail.com

**Instalação do hemocomponente**  
 Enfermeiro (a) x Paciente  
 MARQUE COM UM "X"

**(C) Confirmar dados de:** Etiqueta anexada ao material x Identificação do Paciente

Confirmação verbal do nome completo  
 Leito (identificado no leito do paciente)  
 \*Nome completo (identificado no leito do paciente)  
 \*Registro (identificado no leito do paciente)  
 \*Para pacientes da UHJ desconsiderar.

Observação: Atentar para a programação de medicamentos. Não administrar medicamentos em paralelo à transfusão.

**(D) Atenção aos sinais vitais**

	ANTES	DURANTE	APÓS
P. A.			
Temperatura			
Pulso			
Frequência Respiratória			

Nº bolsa: \_\_\_\_\_ ABO/Rh: \_\_\_\_\_  
 Volume da bolsa: \_\_\_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_\_  
 Acompanhar a transfusão nos primeiros 10 minutos

Transfusão do volume total - Hora do término: \_\_\_\_\_  
 Interrupção da transfusão - Hora da interrupção: \_\_\_\_\_

Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_  
 Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Profissional de Eml.: \_\_\_\_\_  
 Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

**Sinais e sintomas que o paciente apresentou durante e/ou após a transfusão**  
 MARQUE COM UM "X"

Paciente apresentou sinais e sintomas  
 Hora dos sinais e sintomas: \_\_\_\_\_

**Sinais e sintomas:**

<input type="checkbox"/> Anisidrose	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Mal-estar
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Perdição
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Síndrome
<input type="checkbox"/> Edema agudo	<input type="checkbox"/> Torção
<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Tese
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Tontura
<input type="checkbox"/> Escurecimento	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Urticária
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Visão turva
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Outros: _____	

Observações: \_\_\_\_\_

*Assinatura*

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.001 – PÁGINA 8/8	
Título do Documento:	BUSCA ATIVA DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

**Anexo 04 - Check list de aplicação segura de PLAQUEAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS**  
**SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE**

**EBSERH**

Check list de aplicação segura de PLAQUETAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO

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

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

Registro: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

---

**(A) Checar:** Solicitação de hemocomponentes x Etiqueta anexada no macarrão

Entrega/Recebimento de PLAQUETAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO  
Profissional de Ag. Transf. x Profissional de Enf.  
MARQUE COM UM "X"

Nome completo  
 Data de nascimento  
 Registro do paciente  
 Clínea  
 Leito  
 Numeração da bolsa  
 ABO  
 Rh

**(B) Checar:** Bolsa x Solicitação de hemocomponentes

Inspeção visual da bolsa  
 Adesão do rótulo da bolsa  
 Numeração da bolsa  
 Validade da bolsa  
 Testes sorológicos da bolsa  
 ABO  
 Rh

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional de Enf.: \_\_\_\_\_  
Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Profissional de Ag. Transf.: \_\_\_\_\_  
Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

**(C) Confirmar dados de:** Etiqueta anexada ao macarrão x Identificação do Paciente

Instalação do hemocomponente  
Enfermeiro (a) x Paciente  
MARQUE COM UM "X"

Confirmação verbal do nome completo  
 Leito (identificado no leito do paciente)  
 Nome completo (identificado no leito do paciente)  
 \*Registro (identificado no leito do paciente)  
 \*Para pacotes de UTI desconsiderados.

Observação: Atentar para a programação de medicamentos. Não administrar medicamentos em paralelo à transfusão.

**(D) Atenção dos sinais vitais**

	P.A.	TEMPERATURA	PULSO	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA
ANTES				
DURANTE				
APÓS				

Nº bols.: \_\_\_\_\_ ABO/Rh: \_\_\_\_\_  
Volume da bolsa: \_\_\_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_\_  
Nº bols.: \_\_\_\_\_ ABO/Rh: \_\_\_\_\_  
Volume da bolsa: \_\_\_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_\_  
Nº bols.: \_\_\_\_\_ ABO/Rh: \_\_\_\_\_  
Volume da bolsa: \_\_\_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_\_

acompanhar a transfusão nos primeiros 10 minutos

Transfusão do volume total - Hora de término: \_\_\_\_\_  
 Interrupção da transfusão - Hora de interrupção: \_\_\_\_\_

Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_  
Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

---

Sinais e sintomas que o paciente apresentou durante e/ou após a transfusão  
MARQUE COM UM "X"

Paciente apresentou sinais e sintomas  
Hora dos sinais e sintomas: \_\_\_\_\_

Sinais e sintomas:

( ) Anúria ( ) Hipotensão  
( ) Calafrios ( ) Tontura  
( ) Calafria ( ) Mal-estar  
( ) Calor ( ) Náuseas  
( ) Cianose ( ) Pele gasta  
( ) Dispnéia ( ) Prurido  
( ) Dor ( ) Sudoreses  
( ) Edema agudo ( ) Sinais de  
( ) Equimoses ( ) Febre  
( ) Eritema ( ) Tontura  
( ) Escarlamas ( ) Tremores  
( ) Febre ( ) Urticária  
( ) Fraqueza ( ) Visão turva  
( ) Hipertensão ( ) Vômitos  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional de Enf.: \_\_\_\_\_  
Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

Profissional de Ag. Transf.: \_\_\_\_\_  
Nº Conselho ou RG: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature and initials*