

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 1/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

1. OBJETIVO

Estabelecer a rotina de investigação e conclusão das notificações dos incidentes transfusionais no âmbito do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

2. MATERIAL

- Fluxograma de investigação e conclusão das notificações dos incidentes transfusionais;
- Ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais;
- Check list de aplicação segura de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS;
- Check list de aplicação segura de PLAQUETAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO;
- Planilha de percentual de notificações de incidentes transfusionais.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Responsabilidade:

É de responsabilidade dos funcionários da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais realizar a investigação e conclusão das notificações dos incidentes transfusionais.

3.2. Periodicidade:

Realizar a investigação a partir das notificações dos incidentes transfusionais realizadas na ficha impressa ou no VIGHOSP.

3.3. Investigação das notificações dos incidentes transfusionais recebidas na ficha impressa:

- Acessar as caixas acrílicas nos andares do HUGV para buscar as notificações dos incidentes transfusionais;
- Conferir e complementar as informações da ficha impressa de notificação e investigação de incidentes transfusionais com o check list de aplicação segura dos hemocomponentes e a prescrição dos hemocomponentes no prontuário do paciente;
- Entrevistar o paciente para confirmar e/ou obter mais informações sobre os sinais e sintomas apresentados no incidente transfusional, se possível;

 B *Chaves*

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 2/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

- d) Notificar o incidente transfusional pelo sistema de notificação eletrônico, que se encontra disponível na área de trabalho de todos os computadores do HUGV por meio do ícone chamado VIGIHOSP (Figura 01) e anotar o número gerado pelo sistema na ficha impressa;



Figura 01: Ícone do VIGIHOSP.

Fonte: Arquivo da UGRA, 2018.

- e) Notificar o incidente transfusional no NOTIVISA pelo link www8.anvisa.gov.br/notivisa/ e anotar o número gerado pelo sistema na ficha impressa;
- f) Iniciar o processo SEI! anexando a ficha impressa da notificação do incidente transfusional digitalizada;
- g) Solicitar assinatura da chefia da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA);
- h) Encaminhar o processo SEI! para ciência da chefia da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);
- i) Encaminhar o processo SEI! para Unidade Transfusional (UT);
- j) Encaminhar a ficha impressa da notificação original para a médica hematologista da Unidade Transfusional realizar o parecer final;
- k) Solicitar o recebido na cópia da notificação;
- l) O parecer final da médica hematologista deverá ser realizado até o 15º dia útil do mês subsequente à notificação. Caso o parecer final não seja encaminhado até o prazo estipulado, deve-se incluir no processo SEI! da notificação uma nova solicitação;
- m) Concluir a notificação no VIGIHOSP;
- n) Enviar a notificação no NOTIVISA;
- o) Alimentar a planilha de percentual de notificações de incidentes transfusionais que se encontra na pasta "Formulários, Planilhas e Check lists do SGQVS";
- p) Arquivar as notificações original e cópia na pasta hemovigilância que se encontra no armário do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde.

Handwritten signature and initials in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 3/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

3.4. Investigação das notificações dos incidentes transfusionais recebidas no VIGIHOSP:

- a) Transcrever as informações da notificação realizada no sistema VIGIHOSP para a ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais;
- b) Conferir e complementar as informações da ficha impressa de notificação e investigação de incidentes transfusionais com o check list de aplicação segura dos hemocomponentes e a prescrição dos hemocomponentes do prontuário do paciente;
- c) Entrevistar o paciente para confirmar e/ou obter mais informações sobre os sinais e sintomas apresentados no incidente transfusional, se possível;
- d) Seguir todas as orientações a partir da etapa “e)” do item 3.3;

Chaves
[Handwritten initials]

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 4/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

Handwritten signature and initials

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 5/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES 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.

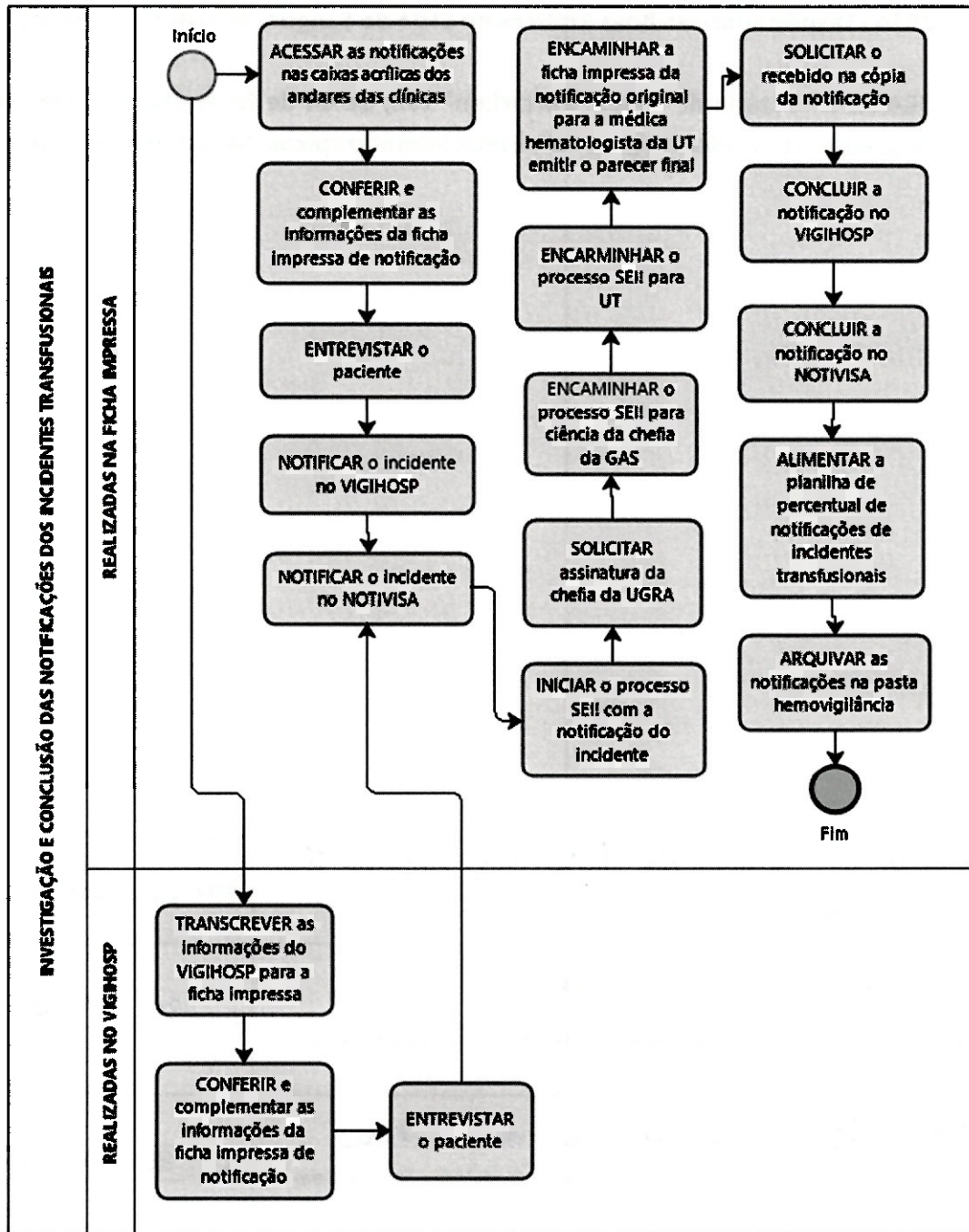
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 - Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.** Ministério da Saúde, 2016, 54p.

ELABORAÇÃO Alan de Oliveira Rezende (Biomédico)	<i>Alan de Oliveira Rezende</i> Data: <u>30/09/2020</u>
VALIDAÇÃO Eliana Brasil Alves (Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - UGRA)	<i>Eliana Brasil Alves</i> Data: <u>30/09/2020</u>
APROVAÇÃO 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>
Status: ATIVO	Nº de cópias: 01
Destino: Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HUGV	



Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 6/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão:	Próxima revisão:
		25/09/2019	25/09/2021
		VERSÃO: 01	

Anexo 01 - Fluxograma de investigação e conclusão das notificações dos incidentes transfusionais




Handwritten signature and initials in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 7/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão:	Próxima revisão:
		25/09/2019	25/09/2021
		VERSÃO: 01	

Anexo 02 - Ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais

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



FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS

NOTIVISA: _____ VIGHOSP: _____ Senha: _____

Identificação do notificador

Nome: _____ Data da Notificação: ____/____/____
E-mail: _____ Ocupação: _____

Identificação do paciente

Nome: _____ Sexo: () F () M
Prontuário: _____ Clínica: _____ Leito: _____
Tipagem sanguínea: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Motivo da notificação: () Queixa técnica - equipo e bolsa () Evento adverso - reação transfusional

Descrição detalhada do evento adverso	Sinais vitais	Antes	Durante	Após
	P.A.			
	Temp.			
	Pulso			
	Freq. Resp.			

Consequências do evento adverso

() Não provocou ou prolongou a hospitalização () Causou incapacidade significativa persistente
() Lavou à intimação () Óbito
() Prolongou a hospitalização () Não se informar
() Causou incapacidade temporária

Sinais e sintomas

() Ansiedade () Dor torácica () Hipertensão () Sudorese
() Calafrios () Edema agudo () Hipotensão () Tontura
() Cefaléia () Equimoses () Icterícia () Tosse
() Cianose () Eritema () Mal-estar () Tremores
() Dispnéia () Exantema () Náuseas () Urticária
() Dor abdominal () Febre () Peléculas () Visão turva
() Dor lombar () Fraqueza () Prurido () Vômitos
() Dor no local na infusão () Outros: _____

Data da transfusão: ____/____/____ Hora de início: _____ Hora de término: _____
Data do incidente transfusional: ____/____/____ Hora do incidente: _____
Transfusões prévias: () Sim () Não () Ignorado Quantas transfusões prévias: _____
Indicação da transfusão: _____ Diagnóstico: _____
Tipo da transfusão: () Autóloga - do próprio paciente () Homóloga - doador diferente

Classificação da reação transfusional

() Grau I - Leve - Ausência de risco à vida;
() Grau II - Moderado - Morbidade em longo prazo, com ou sem ameaça à vida;
() Grau III - Grave - Ameaça imediata à vida, sem óbito;
() Grau IV - Óbito - Morte decorrente da reação transfusional.

Hemocomponentes relacionados com o evento adverso

Hemocomponente	Numeração	Volume	ABO/Rh	Data da transfusão	Hora da transfusão
				/ /	:
				/ /	:
				/ /	:
				/ /	:
				/ /	:
				/ /	:

Handwritten signature and initials

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 8/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES 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

Check list de aplicação segura de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

Data transfusão: ____/____/____

Nome completo: _____

Registro: _____

Clinica: _____

Leito: _____

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

Entrega/Recebimento de CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
Profissional da Ag. Transf. x Profissional de Enf.
MARQUE COM UM "X"

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

(B) Checar: Bolsa x Satisfação de hemocomponentes

Inspeção visual da bolsa
 Adesão do rótulo da bolsa
 Numeração da bolsa
 Validade da bolsa
 Tases sorológicos da bolsa
 ABO
 RH

Observações: _____

Profissional de Enf.: _____
Nº Conselho ou RG: _____

Profissional da 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 pacientes da UTI desconsiderar.

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

(D) Aferição dos 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: _____

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"/> Anestésico	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Ictérica
<input type="checkbox"/> Cefálica	<input type="checkbox"/> Mal-estar
<input type="checkbox"/> Cansaço	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Prurido
<input type="checkbox"/> Edema agudo	<input type="checkbox"/> Síndrome
<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Tontura
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Escarona	<input type="checkbox"/> Tormes
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Urticária
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Visão turva
<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Outros: _____	

Observações: _____

Profissional de Enf.: _____
Nº Conselho ou RG: _____

Rua Afonso Pena, 1031 Centro (Entrada proxíma do HUGV), CEP: 69020-160 | Manaus-AM
Telefone: (92) 3305-4741 | E-mail: hmgv@ufam.edu.br

Handwritten signature and initials in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 9/10
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES 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**

Check list de aplicação segura de PLAQUEAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO

Data transfusão: ____/____/____

Nome completo: _____

Registro: _____

Clinica: _____

Leito: _____

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

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

Nome completo
 Data de nascimento
 Registro do paciente
 Clínica
 Lote
 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 serológicos da bolsa
 ABO
 Rh

Observações: _____

Profissional de Enf.: _____
Nº Conselho ou RG: _____

Profissional da Aq. Transf.: _____
Nº Conselho ou RG: _____

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

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

Confirmação verbal do nome completo
 Lote (identificado no lote do paciente)
 Nome completo (identificado no lote do paciente)
 Registro (identificado no lote do paciente)

*Para pacientes da UTI desaconselhado.

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

(D) **Aferição dos sinais vitais**

	ANTES	DURANTE	APOS
P.A.			
Temperatura			
Pulso			
Frequência Respiratória			

Nº bolsa: _____ ABO/Rh: _____
Volume da bolsa: _____ Hora do início: _____
Nº bolsa: _____ ABO/Rh: _____
Volume da bolsa: _____ Hora do início: _____

Accompanhar a transfusão aos primeiros 10 minutos

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

Enfermeiro (a): _____
Nº Conselho ou RG: _____

Profissional de Enf.: _____
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	() Icterícia
() Calafos	() Mal-estar
() Cefaleia	() Náuseas
() Cianose	() Pedregulhas
() Dor	() Prurido
() Edema agudo	() Sudorese
() Equimoses	() Tontura
() Eritema	() Tosse
() Exantema	() Tormos
() Febre	() Urticária
() Frequência	() Visão turva
() Hipertensão	() Vamidos
() Outros: _____	

Observações: _____

Handwritten signature and initials in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.003 – PÁGINA 10/10	
Título do Documento:	INVESTIGAÇÃO E CONCLUSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 25/09/2019	Próxima revisão: 25/09/2021
		VERSÃO: 01	

Anexo 05 - Planilha de percentual de notificações de incidentes transfusionais

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

Percentual de notificação de reação transfusional

Nº Vigihosp	Notificação	Notícia	Incidente	Data	Notificação	Parecer da médica hematologista	Período		Paciente			Notificador			Reação													
							Conclusão desde a notificação (dias)	Conclusão desde o incidente (dias)	Prontuário	Clínica	Grupo sanguíneo	Diagnóstico	Sexo	Busca ativa	Voluntário	Confirmada	Inconclusiva	Descartada	Tipo de hemo	Tipo de reação								
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
												Total (N)																
												Total (%)																

Rua Tomas de Vila Nova, nº 04 - Praça 14 de Janeiro, CEP: 69.020-170 - Manaus/AM
E-mail: hugvendine@gmail.com Fone: (92) 3305-4741

