

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 1/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019	Próxima revisão: 19/11/2021
		VERSÃO: 01	

1. OBJETIVO

Estabelecer a rotina de notificação dos incidentes transfusionais no âmbito do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

2. MATERIAL

- Fluxograma de notificação 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.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1. Responsabilidade:

É de responsabilidade dos funcionários da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) realizar a notificação dos incidentes transfusionais identificados na busca ativa.

3.2. Periodicidade:

Realizar a notificação quando o paciente apresentar alteração dos sinais vitais e/ou queixar-se de sinais e sintomas durante e/ou após a transfusão.

3.3. Notificação na ficha impressa:

- Notificar na ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais (página frontal), contemplando o nome completo do paciente, sexo, nº do prontuário, clínica de internação, leito, tipagem do paciente, data de nascimento, descrição do incidente, sinais vitais de antes, durante e após a transfusão, bem como as informações do (s) hemocomponente (s) transfundido (s) que são encontradas no check list de aplicação segura de hemocomponentes;
- A notificação impressa em branco encontra-se em frente aos postos de enfermagem em caixas acrílicas de cor azul. Após o preenchimento, as notificações devem ser armazenadas dentro da própria caixa acrílica;

Handwritten signature and initials in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 2/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019	Próxima revisão: 19/11/2021
		VERSÃO: 01	

- c) A notificação pode ser realizada de forma anônima ou o notificador pode se identificar. Porém, o acesso ao notificador é restrito somente aos colaboradores da UGRA, não havendo possibilidade alguma de vazamento dessas informações.

3.4. Notificação no VIGIHOSP:

- a) A notificação do incidente transfusional também poderá ser realizada pelo sistema de notificações eletrônico, que se encontra disponível nas áreas de trabalho de todos os computadores do HUGV por meio do ícone chamado VIGIHOSP (Figura 01);



Figura 01: Ícone do VIGIHOSP.
Fonte: Arquivo da UGRA, 2018.

- b) Ao acessar o VIGIHOSP, o notificador deverá clicar no campo “Sangue ou hemocomponentes” e depois em “CRIAR NOTIFICAÇÃO”;
- c) Deverá preencher todos os campos solicitados, clicar em “AVANÇAR” e depois em “ENVIAR NOTIFICAÇÃO”;
- d) Após o envio da notificação, o notificador deverá anotar o número da notificação e a senha gerada para ter acesso ao resultado da investigação da notificação;
- e) Para acessar a investigação o notificador deverá seguir conforme etapa a), depois clicar em “ACOMPANHAR NOTIFICAÇÃO”, inserir os dados solicitado e depois em “VISUALIZAR ANDAMENTOS”;
- f) A investigação é de responsabilidade dos funcionários da UGRA e da médica hematologista da Unidade Transfusional;
- g) Seguir as orientações descritas no POP de Investigação das notificações dos incidentes transfusionais.



Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 3/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019	Próxima revisão:
		VERSÃO: 01	19/11/2021

4. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO




Prava
[Handwritten signature]

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 4/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019	Próxima revisão: 19/11/2021
		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)	Data: <u>30/09/2020</u>
VALIDAÇÃO  Eliana Brasil Alves (Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais - UGRA)	Data: <u>30/09/2020</u>
APROVAÇÃO  Luciana Silveira da Silva (Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde)	Data: <u>30/09/2020</u>
Status: ATIVO	Nº de cópias: 01
Destino: Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais do HUGV	

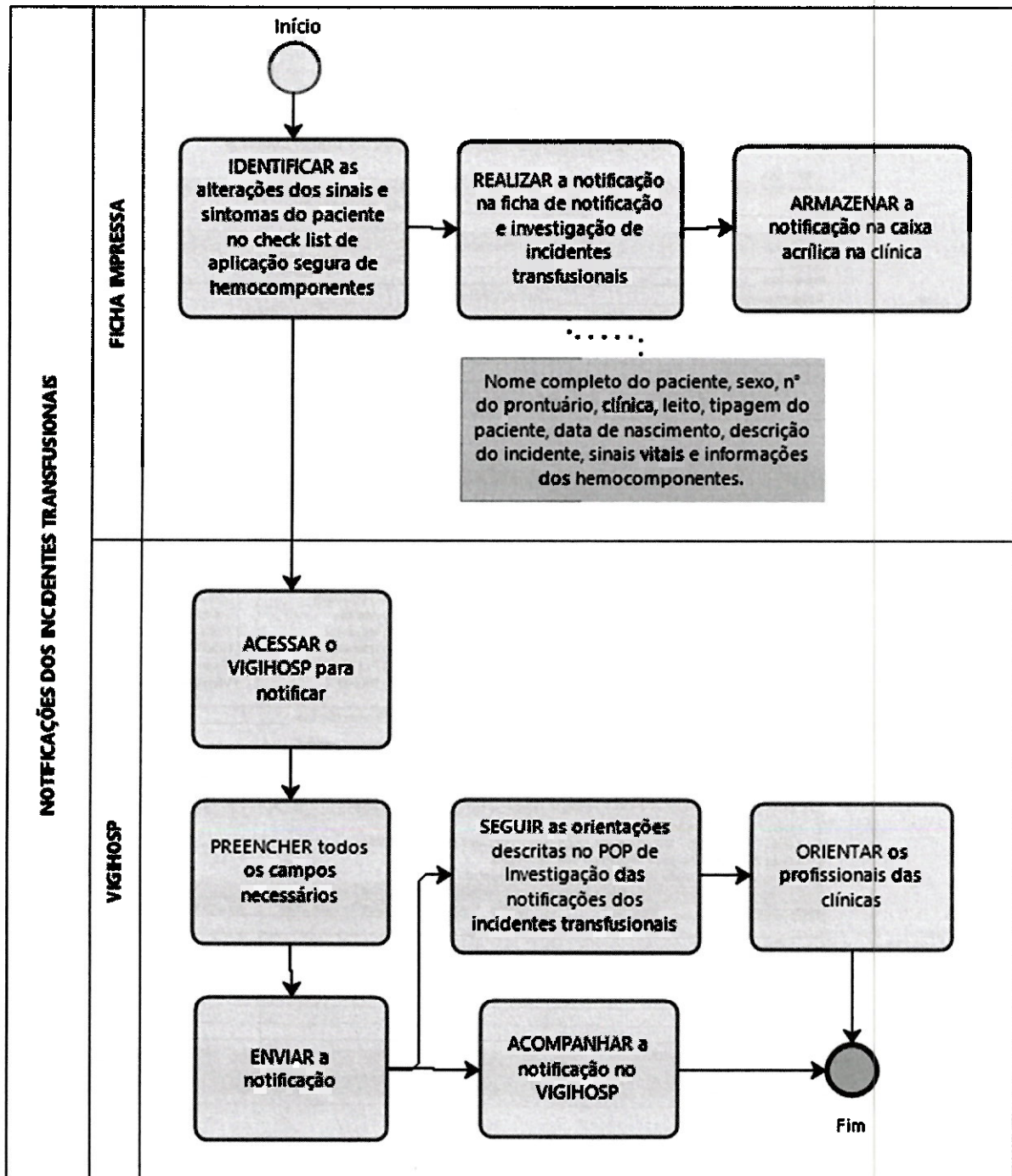
Clara



B

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 5/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019	Próxima revisão: 19/11/2021
		VERSÃO: 01	

Anexo 01 - Fluxograma de notificação dos incidentes transfusionais



Drawn

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 6/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão: 19/11/2019 VERSÃO: 01	Próxima revisão: 19/11/2021

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

NOTVISA: _____ 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
() Levou à internação () Óbito
() Prolongou a hospitalização () Não sei 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 () Petéquias () Visão turva
() Dor lombar () Fraqueza () Prurido () Vômitos
() Dor no local na infusão () Outros: _____

Data da transfusão: ____/____/____ Hora do 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 notes and signatures in blue ink.

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 7/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão:	Próxima revisão:
		VERSÃO: 01	19/11/2021

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 uso: ____/____/____
 Nome completo: _____
 Registro: _____
 Clínica: _____
 Leito: _____

Instalação de hemocomponente
 Enfermeiro (a) x Paciente: _____
 MARQUE COM UM "X"

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

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

(B) Checar: Bolsas e Solicitação de hemocomponentes

Inapetência 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 da Ag. Transf.: _____
 Nº Conselho ou RG: _____

Instalação de hemocomponente
 Enfermeiro (a) x Paciente: _____
 MARQUE COM UM "X"

(C) Confirmar dados de: Etiqueta anexada ao macarrão e identificação do Paciente

Confirmação verbal do nome completo
 Leito (identificado no leito do paciente)
 *Nome completo (identificado no leito do paciente)
 *Apelido (identificado no leito do paciente)
 *Para pacientes da UTI desconhecidos.

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

(D) Avaliação 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: _____

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:

<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Têrçida
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Mal-estar
<input type="checkbox"/> Chamosc	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Dispndia	<input type="checkbox"/> Perdiçdas
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Prurido
<input type="checkbox"/> Edema agudo	<input type="checkbox"/> Síndrome
<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Torçma
<input type="checkbox"/> Estreia	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Escarimes	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Urtdia
<input type="checkbox"/> Fraquza	<input type="checkbox"/> Visão turva
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Vomitos
<input type="checkbox"/> Outros:	

Observações: _____

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

Handwritten signature and stamp

Tipo do Documento:	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.UGRA.002 – PÁGINA 8/8	
Título do Documento:	NOTIFICAÇÃO DOS INCIDENTES TRANSFUSIONAIS	Emissão:	Próxima revisão:
		VERSÃO: 01	19/11/2021

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: _____
 Entregue/Recebimento de PLAQUETAS / PLASMA / CRIOPRECIPITADO
 Profissional da Ag. Transf. x Profissional de Enf.
MARQUE COM UM "X"

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

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 sorológicos da bolsa
 ABO
 Rh

Observações: _____

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

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

Rua Afonso Pena, 1051 Centro (Estada provisória do HUGV) CEP: 69020-160 | Manaus-AM
 Telefone: (92) 3305-4741 | E-mail: havgv@ufam.edu.br

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

(C) Confirmar dados da: Etiqueta anexada no momento 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 descoordenados.
 Observação: Atentar para a programação de medicamentos. Não administrar medicamentos em paralelo à transfusão.

(D) Atenção dos sinais vitais

	P.A.	ANTES	DEURANTE	APÓS
Temporaria				
Pulsos				
Frequência Respiratória				

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

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

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

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

Paciente apresentou sinais e sintomas
 Hora dos sinais e sintomas: _____

Sinais e sintomas:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Letargia
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Mal-estar
<input type="checkbox"/> Chamaço	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Pedregulhas
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Prurido
<input type="checkbox"/> Bateira aguda	<input type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> Equimoses	<input type="checkbox"/> Tomama
<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Exantema	<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: _____

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

Handwritten signature and initials in blue ink.