
	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a></p>	POP NSP 001 – Pág.: 1 / 8	
		Emissão: 01/02/2022	
	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b></p>	Revisão nº:	_/_/_
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

1. **OBJETIVO:** Registrar e avaliar informações sobre os eventos indesejáveis e/ou inesperados ocorridos na utilização de hemocomponentes a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência desses eventos. Aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais.

2. **ABRANGÊNCIA:** Agência Transfusional do Hemocentro e Núcleo de Segurança do Paciente.

3. **MATERIAL E RECURSOS NECESSÁRIOS:**



3.1. **Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):** não se aplica

3.2. **Outros Materiais:** Computador com acesso à Internet, ao Sistema de Informação Hospitalar e ao PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente, materiais de escritório, Telefone celular com WhatsApp, Ficha de Investigação de Reações Transfusionais, Ficha de Notificação de Hemovigilância – ANVISA e Certificado de Recebimento de Notificação.

4. **PROCEDIMENTOS:**

1. Receber do Hemocentro, via mensagem no WhatsApp, cópia da Ficha de Investigação de Reações Transfusionais, preenchida pelo médico responsável pelo paciente (Anexo 1);
2. Checar a ficha e imprimir;
3. Acessar o PEP com login e senha (pessoais);
4. Localizar o paciente em questão e fazer uma análise detalhada das informações contidas no PEP;
5. Entrar em contato com a responsável pela Agência Transfusional para obtenção de informações adicionais, se julgar necessário;
6. Preencher, com base nas informações obtidas no PEP a Ficha de Notificação de Hemovigilância – ANVISA (Anexo 2);
7. Notificar no site da Anvisa – NOTIVISA, a reação ocorrida, seguindo orientações do **POP NSP 002** – Notificação de Hemovigilância para ANVISA;
8. Imprimir após Notificação no site da ANVISA o Certificado de Recebimento da Notificação (Anexo 3), com numeração sequencial gerada pela ANVISA;
9. Entregar o processo para a secretária do NSP, realizar a organização numérica dos Processos de Notificações, tanto fisicamente como no Google Drive;
10. Acessar o PEP do paciente em questão para Preencher o Acompanhamento / Orientação da Reação Transfusional, seguindo os passos a seguir:

Aprovação: Diretora do Departamento de Auditoria / Núcleo de Segurança do Paciente: Patrícia Guarnieri Frazão e Márcia Cercal Fernandes	
Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade	Aprovação CCIRAS / SESMT: Prof. Assoc. Dr. Carlos Magno Castelo B. Fortaleza e Eng. Fábio Suraci Picchiotti.

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a>	POP NSP 001 – Pág.: 2 / 8	
		Emissão: 01/02/2022	
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	Revisão nº:	__/__/__
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

- Acessar as opções: Aba de Controles de Enfermagem > Aba alergia do paciente > Cadastrar nova alergia no item: Reação Transfusional (Anexo 4).

**5. CONTINGÊNCIA:** Na falta de funcionamento do site da ANVISA, aguardar o reestabelecimento do mesmo e tentar novamente em outro momento.

**6. OBSERVAÇÕES:** Não se aplica.

## **7. AUTORES E REVISORES**



**7.1. AUTORES:** Simone Fernanda Gonçalves.

**7.2. REVISORES:**

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**


1. Manual Técnico de Hemovigilância – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. 3ª versão, Brasília 2003.
2. Boletim de Hemovigilância nº7 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVIS. Brasília 2015.
3. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil – ANVISA. Brasília 2015.

Aprovação: Diretora do Departamento de Auditoria / Núcleo de Segurança do Paciente: Patrícia Guarnieri Frazão e Márcia Cercal Fernandes	
Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade	Aprovação CCIRAS / SESMT: Prof. Assoc. Dr. Carlos Magno Castelo B. Fortaleza e Eng. Fábio Suraci Picchiotti.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a>	<b>POP NSP 001 – Pág.: 3 / 8</b>	
		<b>Emissão: 01/02/2022</b>	
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	<b>Revisão nº:</b>	_ / _ / _
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

## 9. ANEXOS:



### 9.1. Anexo 01: Ficha de Investigação de Reações Transfusionais.


 <b>Hospital das Clínicas</b> Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp		Atendimento nº: 11795670 Data Atendimento: 13/01/2022 Cartão SUS: 702807511327870	
REGISTRO:	PACIENTE: _____	SEXO: _____	
MÃE:	PAI: _____		
NASCIMENTO:	IDADE: Anos Meses Dias	GRUPO SANGUÍNEO:	CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
<b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS</b> (a ser preenchida pelo profissional que acompanha a transfusão)			
Setor / Clínica: INTERNAÇÃO ORTOPEDIA/PLÁSTICA		Leito: CPLAST - PLAST380	
OUTRA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA			
Diagnóstico: _____			
Indicação da Transfusão: ANEMIA SINTOMÁTICA+ SANGRAMENTO APOS PROCEDIMENTO			
<b>Sinais Vitais:</b>	<b>FC</b>	<b>FR</b>	<b>PA</b>
Antes da Transfusão:	82 bpm	16	120 X 60 mmHg 35,3 °C
Após início dos sintomas:	112 bpm	20	200 X 110 mmHg 36,6 °C
Após término da Transfusão:	96 bpm	18	140 X 90 mmHg 37,7 °C
Data da Reação Transfusional: 21/03/2022	Horário do início dos sintomas: 20:45		
Horário do início da Transfusão: 20:35	Horário do término da Transfusão: 20:45		
Tipo de Hemocomponentes envolvidos: <input checked="" type="radio"/> Concentrado de Hemácias <input type="radio"/> Plaquetas <input type="radio"/> Crioprecipitado			
<input type="radio"/> Plasma Fresco <input type="radio"/> Outro: _____			
Vº da Bolsa: 220002224	Data de Validade: 21/03/2022		
<b>Sinais e Sintomas observados</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Febre ou aumento de 1°C na Temperatura	<input type="checkbox"/> Calafrios	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo
<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Pápula	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Edema Agudo
<input type="checkbox"/> Rash cutâneo	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Rouquidão	<input type="checkbox"/> Dor Lombar
<input type="checkbox"/> Edema Labial	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Hipotensão Arterial
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Bilirrubina	<input type="checkbox"/> DHL	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Agitação	<input type="checkbox"/> Hemoglobiúria
<input type="checkbox"/> Bradicardia			<input type="checkbox"/> Sensação de morte eminente
<input type="checkbox"/> Epistaxe	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Flancos
<input type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Alcalose Met	<input type="checkbox"/> Hipercalcemia	<input type="checkbox"/> TAD Positivo
<input type="checkbox"/> PAI Positivo	<input type="checkbox"/> CIVD	<input type="checkbox"/> Hipocalcemia	<input type="checkbox"/> Taquicardia
Outros: _____			
Sintomas Predominantes: TREMORES, CALAFRIOS E HIPERTENSÃO, CURSANDO COM POSTERIOR AUMENTO DE TEMPERATURA			
Profissional responsável pelo preenchimento: _____		Assinatura e Carimbo	
<b>CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL</b>			
Data do aviso telefônico da RT para a Agência Transfusional: ___/___/___		Horário: ___:___	
Hemoterapeuta atendeu ao telefone? ( ) Sim ( ) Não		Data de aviso para o Hemoterapeuta: ___/___/___	
Data do recebimento da Notificação impressa de RT na Agência Transfusional: ___/___/___		Horário: ___:___	
Coleta de amostra para repetição de exames DE? ( ) Sim ( ) Não		Hemocomponente devolvido na AT? ( ) Sim ( ) Não	
Coleta de cultura do hemocomponente? ( ) Sim ( ) Não		Exames pós-RT: ( ) Compatíveis ( ) Incompatíveis	
Tipo e N° do hemocomponente: _____		Validade: ___/___/___ T.S.: _____ Volume transfundido: _____ mL	
Hospital das Clínicas de Botucatu		CRM: _____	
Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - Botucatu - São Paulo - Brasil			
Tel. (14) 3811-6000 - http://www.hcfmb.unesp.br - Email: <a href="mailto:ouvidoria.hcfmb@unesp.br">ouvidoria.hcfmb@unesp.br</a>			

Aprovação: Diretora do Departamento de Auditoria / Núcleo de Segurança do Paciente: Patrícia Guarnieri Frazão e Márcia Cercal Fernandes



Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade

Aprovação CCIRAS / SESMT: Prof. Assoc. Dr. Carlos Magno Castelo B. Fortaleza e Eng. Fábio Suraci Picchiotti.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a>	<b>POP NSP 001 – Pág.: 4 / 8</b>	
		<b>Emissão: 01/02/2022</b>	
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	<b>Revisão nº:</b>	_ / _ / _
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

 <b>Hospital das Clínicas</b> Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp		Atendimento nº: 11795670 Data Atendimento: 13/01/2022 Cartão SUS: 702807511327870
REGISTRO:	PACIENTE:	SEXO:
MÃE:	PAI:	
NASCIMENTO:	IDADE: Anos Meses Dias	GRUPO SANGÜÍNEO: CONVÊNIO: SUS - INTERNAÇÃO
<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS</b>		
Setor / Clínica: INTERNAÇÃO TRANSPLANTE		Leito: CPLAST - PLAST380
DOENÇA RENAL HIPERTENSIVA COM INSUFICIÊNCIA RENAL		
diagnóstico:		
Indicação de Transfusão:		Nº Transfusões Prévias
anemia sintomática		xx
Reação Transfusional Prévia:		
Reage		
<b>Hemocomponentes Relacionáveis a Transfusão</b>		
hemocomponente	ABO/RhD	Fenotipagem
CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADOS IRRADIADOS E DELEUCOCITADOS	O POS	CcEe (C+c+E+e+)
Nº da Bolsa 4165977	Validade 22/03/2022	Vol. Infundido 365
Nº da Bolsa	Validade	Vol. Infundido
Nº da Bolsa	Validade	Vol. Infundido
<b>Tipo de Reação Transfusional Suspeitada</b>		
Reação febril não-hemolítica (RFNH)		
<b>Conduas Específicas</b>		
suporte e observação clínica trabalhar com exames do protocolo de RTs notificação em indicação de HC especiais no momento		
Observações para orientação da equipe: Junto com a ficha deve vir a etiqueta da bolsa identificando o paciente, a bolsa e as amostras do paciente para realização da Tipagem ABO/RhD, PAI, TAD e C na Agência Transfusional. Orientar o médico assistente a coletar amostras para no hemograma, DHL, bilirrubina e reticulócitos. Colher cultura do paciente e da bolsa se suspeita de bacteremia e fazer RX de torax e colher BNP se suspeita de TRALI ou paciente com sintomas respiratórios. Hemoglobinúria se suspeita de reação hemolítica.		
Profissional responsável pelo preenchimento:		
Hospital das Clínicas de Botucatu Avenida Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n Estrada de Rubião Júnior - CEP: 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6000 - http://www.hcfmb.unesp.br - Email: <a href="mailto:ouvidoria.hcfmb@unesp.br">ouvidoria.hcfmb@unesp.br</a>		- CRM:

<b>Aprovação: Diretora do Departamento de Auditoria / Núcleo de Segurança do Paciente:</b> Patrícia Guarnieri Frazão e Márcia Cercal Fernandes	
<b>Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade</b>	<b>Aprovação CCIRAS / SESMT:</b> Prof. Assoc. Dr. Carlos Magno Castelo B. Fortaleza e Eng. Fábio Suraci Picchiotti.

	<p align="center"><b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b>  <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b>  <b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>  <b>Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687</b>  <b>Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218</b>  <b>E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a></b></p>	<p align="center"><b>POP NSP 001 – Pág.: 5 / 8</b></p>	
		<p align="center"><b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b></p>	<p>Revisão nº: _____</p>
<p align="center"><b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b></p>			

**9.2. Anexo 2: Ficha de Notificação de Hemovigilância – ANVISA.**

República Federativa do Brasil  
 Ministério da Saúde

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
 NOTÍFICA - SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
 FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE HEMOVIGILÂNCIA

**2) Produto: USO DE SANGUE E COMPONENTES** Nº: \_\_\_\_\_

**3.1) Descrição detalhadamente o evento adverso**

**3.2) Sinais e sintomas \***

<input type="checkbox"/> Anosódico	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Taquipnéia
<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Hemoglobinúria	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Cianose do extremidades	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Cianose labial	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial	<input type="checkbox"/> Urinária
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Idarécia	<input type="checkbox"/> Vômito
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Pigmentas	
<input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmão	<input type="checkbox"/> Rouquidão	
	<input type="checkbox"/> Sonoconversão	

**3.3) Evolução/Gravidade \*** Grau I - leve  Grau II - moderado  Grau III - grave  Grau IV - óbito

**3.4) Data da ocorrência do evento \*** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.1) Nome do estabelecimento de saúde \*** \_\_\_\_\_

**4.2) Número CNES \*** \_\_\_\_\_

**5.1) Tipo de transfusão \***  Alotípica  Autóloga **5.2) Indicação da transfusão**

**5.3) Sítio onde ocorreu a transfusão**  
 Ambulatório de transfusão  Centro cirúrgico  Centro obstétrico  Clínica cirúrgica  Clínica de diálise  Clínica de tratamento de medula óssea  Clínica gineco-obstétrica  Clínica médica  Clínica pediátrica  Emergência/PS  Transfusão domiciliar  USJCI

**Hemocomponentes relacionados à notificação**

**6.1) Data da transfusão \*** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6.2) Tipo** **6.3) Nº** **6.4) Quantidade** **6.5) ABO/Rh** **6.6) Nome da instituição produtora** **6.7) CNES Instituição Produtora**

**7.1) Nome completo do paciente \*** \_\_\_\_\_

**7.4) Nome completo da mãe do paciente** \_\_\_\_\_

**7.2) Sexo \***  Masculino  Feminino  Ignorado **7.8) Raça/Cor**  Branco  Preta  Amarela  Parda  Indígena  Ignorado **7.3) Ocupação**

**7.10) Data de nascimento \*** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **7.11) (ou) idade na data do evento \*** \_\_\_\_ dias, \_\_\_\_ meses, \_\_\_\_ anos **7.12) Nº cartão SUS** \_\_\_\_\_

**8) Tipo de Reação \***

<input type="checkbox"/> Imediata	<input type="checkbox"/> Fibril não hemolítica	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar não cardiogênico/TRAUM	<input type="checkbox"/> Reações tardias *
<input type="checkbox"/> Tardia	<input type="checkbox"/> Alérgica	<input type="checkbox"/> Hemolítica aguda não imune	<input type="checkbox"/> Doença transfusional
	<input type="checkbox"/> Anafilática	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Doença do soro contra hospedeiro(DNSD)
	<input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana	<input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica	<input type="checkbox"/> Hemolítica tardia
	<input type="checkbox"/> Hemolítica aguda imunológica	<input type="checkbox"/> Outras reações imediatas	<input type="checkbox"/> Aposentamento de anticorpos irregulares/isoimunização
			<input type="checkbox"/> Outras reações tardias

Versão 1 - 2007

**8.1.4) Contaminação Bacteriana**

**8.1.4.1) Correlação com a transfusão \***  Suspeita  Confirmada  Descartada  Inconclusiva

**8.1.4.2) Hemocomponentes envolvidos na reação, se a correlação for confirmada \***

Nº	Tipo	Agente infeccioso isolado na bolsa	Agente infeccioso isolado no paciente

**8.1.5) Hemolítica Aguda Imunológica**

**8.1.5.1) Exames imunoserológicos - Paciente** **8.1.5.2) Exames imunoserológicos - hemocomponentes envolvidos no evento adverso**

Nº	Tipo	ABO/Rh pré-transfusional	ABO/Rh pós-transfusional

**8.1.5.3) ABO/Rh pré-transfusional \***

**8.2) Doença Transmissível**

**8.2.1) Correlação com a transfusão \***  Suspeita  Confirmada  Descartada  Inconclusiva

**8.2.1.2) Hemocomponentes envolvidos na reação, se a correlação for confirmada \***

Nº	Tipo	Agente infeccioso detectado

Recomenda-se que a investigação seja realizada de acordo com o Manual Técnico para Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue

**8.2.3) Hemolítica Tardia**

**8.2.3.1) Exames imunoserológicos - Paciente \***  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.3.2) Pesquisa de anticorpos irregulares**  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.3.3) Pesquisa de anticorpos diretos / Coombs direto**  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.3.4) Identificação do antígeno no paciente** **8.2.3.4) Identificação do antígeno na bolsa**

**8.2.4) Aposentamento de Anticorpos Irregulares / Isoimunização**

**8.2.4.1) Exames imunoserológicos - Paciente**  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.4.2) Pesquisa de anticorpos irregulares pré-transfusional \***  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.4.3) (ou) Anticórmula direta / Coombs direta pré-transfusional**  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.4.4) (ou) Anticórmula direta / Coombs direta pós-transfusional**  Positivo  Negativo  Inconclusivo  Não realizou  Ignorado

**8.2.4.5) Identificação do antígeno no paciente** **8.2.4.6) Identificação do antígeno na bolsa**



**Obs.** Observações e conclusões de responsabilidade Hemovigilância

Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do responsável pela Hemovigilância \_\_\_\_\_

**Orientações gerais:**  
 \* Campos obrigatórios;  
 Somente os casos de contaminação bacteriana e de doenças transmissíveis deverão ser notificados quando suspeitos;  
 A notificação ao NOTIVISA não dispensa outras formas de comunicação entre serviços de saúde e vigilância sanitária competente;  
 No caso de identificação de reações classificadas como "Outras", utilize o campo 8.1 e "Out" para descrição detalhada do caso;  
 Casos de reação adversa ou qualificação referente a hemoderivados deverão ser notificados à Farmacovigilância.

Versão 1 - 2007



	<p align="center"> <b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b>  <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b>  <b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>            Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687            Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218            E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a> </p>	<b>POP NSP 001 – Pág.: 6 / 8</b>	
		<b>Emissão: 01/02/2022</b>	
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	<b>Revisão nº:</b>	<b>__/__/__</b>
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

### 9.3. Anexo 3: Certificado de Recebimento de Notificação.



05/04/2022 15:41 ... NOTMISA ...

**Formulário para notificação de Evento Adverso associado ao uso de Sangue ou de Componente**  
 Número da Notificação: 2022.04.000044

<b>1 - Identificação do Notificador</b>				
1.1. Nome completo:				
1.2. e-Mail:	1.3. Telefone:	1.4. Celular:		
1.5. Categoria do notificador: Instituição: Hospital Sentinela, Núcleo de Segurança do Paciente				
<b>2 - Identificação da Notificação</b>				
Produto motivo da notificação: Uso de sangue ou componente				
Queixa Técnica/Evento Adverso: Evento Adverso				
<b>3 - Dados do Evento Adverso/Reação Transfusional</b>				
3.1. Tipo de Evento Adverso: Reação transfusional				
3.2. Descrição detalhada do Evento Adverso: Paciente realizou transplante renal há 23 anos, atualmente necessita de Hemodiálise, e nessa atual internação, precisou de transfusão sanguínea devido à anemia sintomática e sangramento. Logo após instalado o hemocomponente CH, apresentando tremores, calafrios, PA 200x110mmHg e temperatura de 37,7°C. Interrompemos infusão de sangue e prescrevemos dipirona como sintomático.				
3.3. Durante a transfusão houve alteração dos sinais vitais: - Sim				
3.4. Sinais/sintomas: CALAFRIOS TREMORES FEBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL				
3.5. Gravidade: Grau I - Leve				
3.6. Data da ocorrência do Evento Adverso: 21/3/2022		3.7. Data da detecção do Evento Adverso: 21/3/2022		
<b>4 - Estabelecimento de Saúde</b>				
4.1. Nome do Estabelecimento de Saúde: HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU				
4.2. CNES do Estabelecimento de Saúde: 2748223		4.3. CNPJ do Estabelecimento de Saúde: 48.031.918/0019-53		
4.4. País: BRASIL	4.5. UF: São Paulo	4.6. Município: BOTUCATU		
<b>5 - Dados da Transfusão</b>				
5.1. Tipo da transfusão: Alógena				
5.2. Indicação da transfusão: ANEMIA SINTOMÁTICA + SANGRAMENTO.				
5.3. Setor onde ocorreu a transfusão: Clínica de transplante de medula óssea				
<b>6 - Hemocomponentes relacionados à notificação</b>				
Número	Tipo	Procedimentos ABO/Rh	Data da Transfusão	Instituição Produtora
4165977	Concentrado de hemácias	O+	21/3/2022	2748223 - HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU

4/2022 15:41 ... NOTMISA ...

<b>7 - Informações do paciente ou usuário</b>	
7.1. Nome completo do paciente:	7.2. Iniciais:
7.4. Nome completo da mãe do paciente:	7.5. Iniciais da mãe:
7.7. Sexo:	7.8. Raça/Cor: Ignorada
7.9. Ocupação:	7.10. Data de nascimento: 21/1/1956
7.11. Idade na data da ocorrência: Ano(s)	7.12. Número do prontuário:
7.13. Número do Cartão SUS:	
<b>8 - Tipo de Reação</b>	
8.1. Tipo de Reação: Imediata	
<b>8.1.6. Febril não hemolítica (RFNH)</b>	
8.1.6.1. Correlação com a transfusão: Provável	
8.1.6.2. Medidas adotadas, observações e conclusões do responsável pela notificação: OFERECIDO SUPORTE E OBSERVAÇÃO CLÍNICA AO PACIENTE, REAVALIADO EXAMES DE PROTOCOLO DE RTS, E PACIENTE COM INDICAÇÃO DE HC ESPECIAIS NO MOMENTO.	
Imprimir	

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218 E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a>	<b>POP NSP 001 – Pág.: 7 / 8</b>	
			<b>Emissão: 01/02/2022</b>
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO</b> <b>NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	<b>Revisão nº:</b>	_ / _ / _
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

#### 9.4. Anexo 4: Orientação para Cadastro da Reação Transfusional em PEP.

MEDICINO CLÍNICO CADASTRA QUE O PACIENTE TEVE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

Caminho: PEP => Controles de Enfermagem => ABA Alergia do Paciente

Cadastrar nova alergia item: **REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

*internação ou Ambulatório*

sofiumv NOVO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE WEB Controles de Enfermagem

TESTE DE NOME SOCIAL  
 FARMACIA - 4 Anos 2 Meses 2 Dias SUS - INTERLÚCIO, CLÍNICA MÉDICA GERAL, CENTRO CIRÚRGICO / RPA

Registrar Alergia de Paciente

Substância:  Medicamento  Alimento  Outros

Severidade:  Grave  Moderada  Leve  Desconhecida

Descrição: **REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

Exemplo: TIPO DE REAÇÃO = CONDUTAS PARA PROXIMAS TRANSFUÇÕES

Filtros:  Todas  Ativas  Inativas Tipo:  Medicamento  Alimento  Outros

Descrição	Tipo	Severidade	Indicado por
<input type="checkbox"/> REAÇÃO TRANSFUSIONAL	Medicamento	Grave	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU
<input type="checkbox"/> ACIDO ZOLEDRÔNICO	Medicamento	Grave	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU
<input type="checkbox"/> TRICICLÍDIA	Medicamento	Grave	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU
<input type="checkbox"/> ALPRAZOLAM	Medicamento	Desconhecida	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE BOTUCATU
<input type="checkbox"/> ATRACUREO	Medicamento	Grave	
<input type="checkbox"/> LEITE	Alimento	Grave	

AO PRESCREVER A SOLICITAÇÃO DE REQUISIÇÃO DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE APARECERÁ O ALERTA ABAIXO.

SERÁ NECESSÁRIO JUSTIFICAR A SOLICITAÇÃO NO CAMPO "JUSTIFICATIVA"

TESTE DE NOME SOCIAL  
 FARMACIA - 4 Anos 2 Meses 2 Dias SUS - INTERLÚCIO, CLÍNICA MÉDICA GERAL, CENTRO CIRÚRGICO / RPA

Registrar Alergia de Paciente

Descrição: **REAÇÃO TRANSFUSIONAL**

Observação:  Síntese  Parâmetro de avaliação  Nota

Justificativa:  Síntese  Nota

Observação:  Síntese  Parâmetro de avaliação  Nota

Justificativa:  Síntese  Nota



Observação:  Síntese  Parâmetro de avaliação  Nota

Justificativa:  Síntese  Nota

Observação:  Síntese  Parâmetro de avaliação  Nota

Justificativa:  Síntese  Nota

<b>Aprovação: Diretora do Departamento de Auditoria / Núcleo de Segurança do Paciente: Patrícia Guarnieri Frazão e Márcia Cercal Fernandes</b>	
<b>Assessoria Núcleo de Gestão da Qualidade</b>	<b>Aprovação CCIRAS / SESMT: Prof. Assoc. Dr. Carlos Magno Castelo B. Fortaleza e Eng. Fábio Suraci Picchiotti.</b>

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS          FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP          NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE          Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687          Botucatu – São Paulo – Brasil. Tel. (14) 3811-6215 / 3811-6218          E-mail <a href="mailto:segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br">segurancadopaciente@hcfmb.unesp.br</a></p>	POP NSP 001 – Pág.: 8 / 8	
		Emissão: 01/02/2022	
	<b>PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP</b>	Revisão nº:	_/ _/ _
<b>POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA</b>			

## 10. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS          FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU          NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE          Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil          Tel. (14) 3811-6216 / (14) 3811-6215 – E-mail <a href="mailto:qualidade.hcfmb@unesp.br">qualidade.hcfmb@unesp.br</a></p>										
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>											
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO</b>											
1.1. Título: POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA											
1.2. Área Responsável: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE											
1.3. Data da Elaboração: 01/02/2022. Total de páginas: 08. Data da Revisão: _/ _/ _ Número da Revisão: __											
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dado pessoal (nome completo) durante a vigência do documento Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOME</th> <th>FUNÇÃO</th> <th>ASSINATURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Simone Fernanda Gonçalves</td> <td>Enfermeira</td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA	Simone Fernanda Gonçalves	Enfermeira				
NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA									
Simone Fernanda Gonçalves	Enfermeira										
<b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO</b>											
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP NSP 001 – FLUXO DE NOTIFICAÇÕES DA HEMOVIGILÂNCIA											
Também autorizo a exposição do meu nome completo.											
Data: _/ _/ _	Assinatura:  Diretora do Departamento de Auditoria: Patrícia Guarnieri Frazão										
Data: 06/04/2022	Assinatura:  Diretora do Núcleo de Segurança do Paciente e Hospital Sentinela: Márcia Cercal Fernandes										