



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 004 CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES



POP BOB 004 - PÁG.: 1/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 02 : 19/01/2024

## 1. OBJETIVOS:

Atribuir um código alfanumérico ao doador e seus respectivos tecidos oculares, com a finalidade de preservar a sua identidade e de facilitar a rastreabilidade.

## 2. ABRANGÊNCIA:

Banco de Olhos Botucatu.

## 3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

**3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** não se aplica

**3.2. Equipamentos e Documentos Necessários:** impressora para etiquetas, rolo de etiquetas adesivas, envelope pardo para o prontuário do doador e Livro de controle dos doadores de tecido ocular.

## 4. PROCEDIMENTOS:

1. Após a conclusão da doação de tecidos oculares, o enfermeiro ou técnico de enfermagem deverá inserir os dados do novo doador no "Livro de Controle de Tecido Ocular" seguindo a codificação alfanumérica padronizada abaixo:

- Sigla do Banco de Olhos – **BOB**;
- Numeração sequencial crescente por entrada de doações – ex: **01, 02, 03...**;
- Ano correspondente após o sinal de "barra" (/) – **/23, /24,...**
- Nome do doador;
- Hospital de Origem;
- Nº do registro HCFMB;
- Data de preservação;
- Líquido utilizado na preservação.

**Exemplo: BOB 01/2018**

- Lateralidade: **OD** (olho direito) / **OE** (olho esquerdo);
- Líquido de preservação – ex: **Optisol, Eusol ou Glicerina**;
- Data de preservação;

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 004 CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES



POP BOB 004 - PÁG.: 2/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 02 : 19/01/2024

- Validade do tecido;
  - Após, confeccionar a etiqueta de identificação do Tecido (imagem 1). Esta etiqueta deverá ser anexada na Ficha de Avaliação do Globo Ocular.

## IMAGEM 1 (Modelo de etiqueta de identificação do prontuário do doador)

BOB \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DOADOR: \_\_\_\_\_  
HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
RG HC: \_\_\_\_\_

## IMAGEM 2 (Modelo de etiqueta de identificação do tecido ocular pós preservação)

BANCO DE OLHOS DE BOTUCATU - HCFMB  
Fone/Fax (14) 3811 - 6386  
NÚMERO DOADOR CÓRNEA  
BOB 001 / 20 A.B.C.D OD  
PRESERVAÇÃO: VALIDADE:  
01/01/2020 14/01/2020  
LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO: EUSOL

BANCO DE OLHOS DE BOTUCATU - HCFMB  
Fone/Fax (14) 3811 - 6386  
NÚMERO DOADOR ESCLERA  
BOB 001 / 20 A.B.C.D OD  
PRESERVAÇÃO: VALIDADE:  
01/01/2020 31/03/2020  
LÍQUIDO DE PRESERVAÇÃO: GLICERINA

### 5. CONTINGÊNCIAS:

Não se aplica

### 6. OBSERVAÇÕES:

Inicia-se a numeração sequencial em "01", anualmente no dia 1º de janeiro e encerra-se todo dia 31 de dezembro, de acordo com a data do óbito.

### 7. AUTORES E REVISORES:

**7.1. Autores:** Cíntia Banin, Aline R. Zambrini, Cibele Gregório, Marcos R. Luiz, Marina C. A. Cleto e Valdeci R. Tavares.

**7.2. Revisores:** Cíntia Banin



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 004 CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES



POP BOB 004 - PÁG.: 3/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 02 : 19/01/2024

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. Brasília, DF: 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia de Inspeção em Banco de Células e Tecidos. Boas práticas em células e tecidos. 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 707 de 1 de Julho de 2022. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 004 CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES



POP BOB 004 - PÁG.: 4/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 02 : 19/01/2024

## 9. ANEXOS:

### 9.1. Anexo 1: Livro de controle dos tecidos oculares.

BOB nº		NOME		IDADE	SEXO	Entrada:
					Masc. <input type="checkbox"/>	
					Fem. <input type="checkbox"/>	
Hospital:		RgHC:		T°:		°C
Raça: ( Branco   Negro   Pardo ) Amarelo		Res:				
Causa do óbito:						
Local do óbito: <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Óbito Externo						
Data e Hora do Óbito:		Resp. / Entrevista:				
Data e Hora da Enucleação:		Resp. / Enucleação:				
Data e Hora do Clampamento da Aorta:						
Família autorizou liberação para ensino e pesquisa <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Família quer Corneio <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
SOROLOGIA						
<input type="checkbox"/> NEGATIVA      POSITIVA: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV I e II <input type="checkbox"/> Anti-VHC (Hepatite C); <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA <input type="checkbox"/> AgHBS (Hepatite B) <input type="checkbox"/> Anti-HBC (Hepatite B)						
PRESERVAÇÃO DOS TECIDOS						
OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO			
<input type="checkbox"/> GLICERINA <input type="checkbox"/> OPTISOL <input type="checkbox"/> DESCARTE			<input type="checkbox"/> GLICERINA <input type="checkbox"/> OPTISOL <input type="checkbox"/> DESCARTE			
Lote nº		Validade:		Lote nº		Validade:
PRESERVAÇÃO:			PRESERVAÇÃO:			
Resp.:			Resp.:			
VALIDADE DO TECIDO:			VALIDADE DO TECIDO:			
ESCLERA PRESERVADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			ESCLERA PRESERVADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
VALIDADE DO TECIDO:			VALIDADE DO TECIDO:			
AVALIAÇÃO DO OPTALMOLOGISTA:						
CLASSIFICAÇÃO						
<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA			<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA			
<input type="checkbox"/> LAMELAR <input type="checkbox"/> DESCARTE			<input type="checkbox"/> LAMELAR <input type="checkbox"/> DESCARTE			
CONTAGEM ENDOTELIAL: <input type="checkbox"/> N/A			CONTAGEM ENDOTELIAL: <input type="checkbox"/> N/A			
Realização:			Realização:			
Data e Hora Notificado CTX:			Responsável:			
DESCARTE DE TECIDOS						
<input type="checkbox"/> Globo <input type="checkbox"/> Residual <input type="checkbox"/> Esclera			<input type="checkbox"/> Globo <input type="checkbox"/> Residual <input type="checkbox"/> Esclera			
Data do Descarte:			Data do Descarte:			
<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Outros			
<input type="checkbox"/> Córnea Data do Descarte:			<input type="checkbox"/> Córnea Data do Descarte:			
<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Varicelamento			<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Varicelamento			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros			
<input type="checkbox"/> Esclera Data do Descarte:			<input type="checkbox"/> Esclera Data do Descarte:			
<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Varicelamento			<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Varicelamento			
<input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Outros			
LIBERAÇÃO PARA ENSINO E/OU PESQUISA						
CÓRNEA D: Banda de ensino <input type="checkbox"/> SIM			CÓRNEA E: Banda de ensino <input type="checkbox"/> SIM			
Data: LOCAL			Data: LOCAL			
Retirado por:			Retirado por:			
<input type="checkbox"/> Descartado por: BOB <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Descartado por: BOB <input type="checkbox"/> Outro:			
Sorologia: <input type="checkbox"/> Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Sífilis						
OBS:						

Página 1 de 1

LIBERAÇÃO DE TECIDOS PARA TRANSPLANTE - RGCT DOADOR:	
CÓRNEA D - TX Efetivado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CÓRNEA E - TX Efetivado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo	<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo
<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX	<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX
RGCT - RECEPTOR:	RGCT - RECEPTOR:
RECEPTOR:	RECEPTOR:
LOCAL	LOCAL
Data da Retirada	Data da Retirada
Resp.      Temperatura: °C	Resp.      Temperatura: °C
Retirado por:	Retirado por:
CPF:	CPF:
ESCLERA D TX Efetivado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESCLERA E TX Efetivado: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RECEPTOR:	RECEPTOR:
LOCAL	LOCAL
Data da Retirada	Data da Retirada
Resp.      Temperatura: °C	Resp.      Temperatura: °C
Retirado por:	Retirado por:
CPF:	CPF:
REINGRESSO DE TECIDOS	
<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera Data:	<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera Data:
Motivo:	Motivo:
<input type="checkbox"/> Resvalado Dr.	<input type="checkbox"/> Resvalado Dr.
<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA <input type="checkbox"/> LAMELAR	<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA <input type="checkbox"/> LAMELAR
<input type="checkbox"/> DESCARTE	<input type="checkbox"/> DESCARTE
<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera Data:	<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera Data:
Motivo:	Motivo:
<input type="checkbox"/> Resvalado Dr.	<input type="checkbox"/> Resvalado Dr.
<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA <input type="checkbox"/> LAMELAR	<input type="checkbox"/> ÓPTICA <input type="checkbox"/> TECTÔNICA <input type="checkbox"/> LAMELAR
<input type="checkbox"/> DESCARTE	<input type="checkbox"/> DESCARTE
SAÍDA NOVAMENTE PARA TRANSPLANTE	
<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera	<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera
<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo	<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo
<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX	<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX
RGCT - RECEPTOR:	RGCT - RECEPTOR:
RECEPTOR:	RECEPTOR:
LOCAL	LOCAL
Data da Retirada	Data da Retirada
Resp.      Temperatura: °C	Resp.      Temperatura: °C
Retirado por:	Retirado por:
CPF:	CPF:
<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera	<input type="checkbox"/> Córnea <input type="checkbox"/> Esclera
<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo	<input type="checkbox"/> Priorizada <input type="checkbox"/> Bolbo para Anátomo
<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX	<input type="checkbox"/> Ficha cirúrgica <input type="checkbox"/> Laudo de Anátomo - CTX
RGCT - RECEPTOR:	RGCT - RECEPTOR:
RECEPTOR:	RECEPTOR:
LOCAL	LOCAL
Data da Retirada	Data da Retirada
Resp.      Temperatura: °C	Resp.      Temperatura: °C
Retirado por:	Retirado por:
CPF:	CPF:
OBSERVAÇÕES:	

Página 2 de 1

BANCO DE OLHOS - BOB



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 004 CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES



POP BOB 004 - PÁG.: 5/5 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 02 : 19/01/2024

## 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) 3811-6218 / (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 BOB 04 – CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES		
1.2. Área Responsável: BANCO DE OLHOS DE BOTUCATU		
1.3. Data da Elaboração: 22/06/2018 Total de páginas: 4 Data da Revisão: 19/01/2024 – Número da Revisão: 02		
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:		
<b>NOME</b>	<b>SETOR</b>	<b>ASSINATURA</b>
Cintia Banin	Banco de Olhos	
<b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):</b>		
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP BOB 04 – CODIFICAÇÃO E ENTRADA DOS TECIDOS OCULARES. Também autorizo a exposição do meu nome completo.		
Data: 04/3/24	Assinatura: Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Cintia Banin	

BANCO DE OLHOS - BOB

Aprovação da Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Enf.ª Cintia Banin | CCIRAS/SESMT

Assessoria do Núcleo de Gestão da Qualidade - Gestão 2024