



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 1/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 19/01/2024

## 1. OBJETIVOS:

Garantir a segurança no transporte do Tecido Ocular do local onde foi realizada a captação até o Banco de Olhos de Botucatu – BOB.

## 2. ABRANGÊNCIA:

Equipe de enfermagem do Banco de Olhos e Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT.

## 3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

**3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** Avental descartável de manga longa, touca descartável, máscara cirúrgica e luvas de procedimento.

**3.2. Equipamentos e Documentos Necessários:** Caixa térmica rígida higienizável, de Polietileno com isolamento interno em Poliuretano, termômetro digital, gelo reutilizável, suporte específico, pano para limpeza (Perfex) e álcool 70%.

## 4. PROCEDIMENTOS:

1. Realizar higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo de 30 segundos) ou álcool gel (mínimo de 15 segundos);

### 4.1. Transporte do tecido ocular da captação ao BOB

1. Manter-se paramentado pelo procedimento de Enucleação, conforme “POP BOB 12 – ENUCLEAÇÃO”

2. Acondicionar o tecido ocular captado em suporte específico na caixa térmica, previamente preparada (conforme imagem 2), identificada (conforme imagem 1) e com Temperatura entre 2 a 8°C :

IMAGEM 1



IMAGEM 2



3. Retirar paramentação e descartar em lixo contaminado;

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 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 2/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 19/01/2024

4. Proceder à higienização das mãos com água e sabão / antisséptico (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos), conforme recomendação CCIRAS;
5. Anotar a temperatura de saída do local da captação (garantir temperatura de 2°C a 8°C);
6. Transportar a caixa térmica contendo o tecido ocular até o Banco de Olhos – BOB e colocá-la sobre a bancada;
7. Anotar a temperatura de chegada ao Banco de Olhos – BOB (conferir temperatura de 2°C a 8°C);
8. Proceder à higiene das mãos com água e sabão (mínimo de 30 segundos) ou álcool gel (mínimo de 15 segundos), conforme recomendação da CCIRAS;
9. Colocar paramentação, obrigatória para entrar no Banco de Olhos **POP BOB nº 08 – RECEPÇÃO DOS TECIDOS OCULARES**, touca descartável, máscara cirúrgica, avental descartável, luvas de procedimentos
10. Retirar o frasco de tecido ocular da caixa térmica, abrir o refrigerador de “Tecidos Não Liberados” e acondicionar os frascos em suporte específico e fechar o refrigerador;
11. Higienizar os gelos reutilizáveis, suporte e caixa térmica, com pano umedecido com álcool 70%;
12. Retirar os equipamentos de proteção individuais descartáveis (máscara cirúrgica, luvas de procedimentos, touca descartável, avental descartável de mangas longas) e descartá-los no recipiente adequado;
13. Proceder à higienização das mãos com água e sabão/antisséptico (mínimo de 30 segundos) ou álcool gel (mínimo de 15 segundos), conforme recomendação da CCIRAS;

### 5. CONTINGÊNCIAS:

Não se aplica.

### 6. OBSERVAÇÕES:

Caso a temperatura da caixa térmica seja maior que 8°C, deve-se comunicar ao Diretor médico, este decidirá se irá manter ou contraindicar o tecido doado.



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 3/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 19/01/2024

## 7. AUTORES E REVISORES:

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

**7.2. Revisores:** Cintia Banin.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 Nov.

- 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) e Diretoria Colegiada. RDC Nº 504, DE 27 DE MAIO DE 2021. Dispõe sobre as boas práticas para o transporte de material biológico humano.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Diretoria Colegiada. RDC nº 707 de 1 de Julho de 2021. Dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 4/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 19/01/2024

## 9. ANEXOS:

9.1. Anexo 1: Livro de controle dos doadores de tecido ocular.



### CONTROLE DOS TECIDOS OCULARES

( ) PME



BOB nº	NOME	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Entrada: / /
Hospital:		RgHC:	Tª: °C	
Raça: ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo				Resp:
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 Clampeamento da Aorta: / / : :				
Família autorizou liberação para ensino e pesquisa <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Família quer Contato <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
<b>SOROLOGIA</b>				
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> NÃO REALIZADA				
POSITIVA: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV I e II <input type="checkbox"/> Anti-VHC (Hepatite C) <input type="checkbox"/> AgHBS (Hepatite B) <input type="checkbox"/> Anti-HBC (Hepatite B)				
<b>PRESERVAÇÃO DOS TECIDOS</b>				
<b>OLHO DIREITO</b>		<b>OLHO ESQUERDO</b>		
<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: / /		
<b>AVALIAÇÃO DO OFTALMOLOGISTA:</b>				
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>				
<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		
Realizada:		Realizada:		
Data e Hora Notificado CTX: / / : :		Responsável:		
<b>DESCARTE DE TECIDOS</b>				
<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"/> Vencimento		<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Vencimento		
<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"/> Vencimento		<input type="checkbox"/> Sorologia <input type="checkbox"/> Infiltrado <input type="checkbox"/> Vencimento		
<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Outros:		
<b>LIBERAÇÃO PARA ENSINO E/OU PESQUISA</b>				
CÓRNEA D: Bandeja de ensino <input type="checkbox"/> SIM		CÓRNEA E: Bandeja de ensino <input type="checkbox"/> SIM		
Data: / / LOCAL:		Data: / / LOCAL:		
Retirado por:		Retirado por:		
<input type="checkbox"/> Descartado por: <input type="checkbox"/> BOB <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Descartado por: <input type="checkbox"/> BOB <input type="checkbox"/> Outro:		
Sorologia: <input type="checkbox"/> Citomegalovírus <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Sífilis				
OBS:				



# PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO BANCO DE OLHOS - BOB

POP BOB 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 5/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 19/01/2024

## 9.2. Anexo 2: Ficha de Informação da Doação.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU</b> <b>BANCO DE OLHOS BOTUCATU</b> Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/nº. CEP. 18618-687. Botucatu / São Paulo / Brasil E-mail: bob.hcfmb@unesp.br FAX: (14) 3811-6386 – (14) 99612-8442	
<b>INFORMAÇÃO DA DOAÇÃO</b>		
<b>NOME:</b> _____		
<b>HEMODILUIÇÃO</b> Considerar o horário da obtenção da amostra e/ou o horário do óbito, o que ocorrer primeiro.		
<b>DATA DA AMOSTRA DE SANGUE:</b> / / <b>HORA:</b> <b>PESO:</b>		
<b>A - volume total de sangue transfundido nas 48 horas antes da obtenção da amostra ou do óbito:</b>		
Concentrado de hemácias	ML	Sangue total: ML
Outros	ML	Sangue reconstituído ML
<b>TOTAL A:</b>		
<b>B - volume total de colóides transfundidos nas 48 horas antes da obtenção da amostra ou do óbito:</b>		
Dextrans:	ML	Plaquetas: ML
Plasma:	ML	Albumina ML
<b>TOTAL B:</b>		
<b>C - volume total de cristalóides transfundidos 01 hora antes da obtenção da amostra ou do óbito:</b>		
Soro fisiológico:	ML	Ringuer lactato: ML
Soro glicosado:	ML	Outros: ML
<b>TOTAL C:</b>		
<b>FÓRMULAS PARA HEMODILUIÇÃO</b>		
<b>VOLUME PLASMÁTICO (VP) = PESO / 0,025</b>		<b>VOLUME SANGUÍNEO (VS) = PESO / 0,015</b>
<b>VOLUME PLASMÁTICO:</b> B + C:		<b>VOLUME SANGUÍNEO:</b> A + B + C:
1) B + C é maior que VP? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		2) A+B+ C é maior que VS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se a resposta as perguntas 1 e 2 for NÃO, as amostras são válidas Se a resposta as perguntas 1 e 2 for SIM, a amostra NÃO É CONFIÁVEL para doação. Deve-se verificar se há AMOSTRA ANTERIOR, no laboratório, para realização da sorologia.		
<b>DOADOR DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS</b> <input type="checkbox"/> SIM		
<b>DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DE ENUCLEAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> Lavar os olhos com SF0,9% e Pingar 2 gotas de colírio de PVPI 5%, esperar 5min; <input type="checkbox"/> Lavar, novamente, os olhos com SF0,9% e Pingar 2 gotas de colírio de PVPI 5%, esperar 5min; <input type="checkbox"/> Lavar os Globos oculares com SF0,9%; <input type="checkbox"/> Realizar a assepsia com Clorexidina alcoólica 5%; <input type="checkbox"/> Colocar o campo oftálmico; <input type="checkbox"/> Colocar o blefarostato; <input type="checkbox"/> Realizar a peritomia conjuntival 360º; <input type="checkbox"/> Realizar a captura dos músculos retos, com secção de seus tendões em sua inserção, com exceção do reto lateral; <input type="checkbox"/> Realizar a captura do músculo reto lateral e clampeamento de seu tendão em sua inserção e secção proximal do mesmo; <input type="checkbox"/> Realizar a secção do nervo óptico e secção das demais estruturas junto ao bulbo ocular; <input type="checkbox"/> Realizar a reconstituição da aparência do doador; <input type="checkbox"/> Liberar do corpo para a família. **Ocorrências de incidente durante o procedimento? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Quais: _____		
Certifico que hoje, dia _____ de _____ de _____, às _____ horas, no(a) setor de: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> Necrotério <input type="checkbox"/> Outro _____, efetuei a retirada de tecidos oculares da presente doação, com fiel cumprimento às ressalvas específicas no comprovante de autorização.		
<b>TEMPERATURA CAIXA TÉRMICA</b> Manter Temperatura entre 2º a 8ºC		
<b>Saída do local da Enucleação</b> Temperatura: _____ °C _____/_____/_____, ____:____	<b>Chegada ao BANCO DE OLHOS BOTUCATU</b> Temperatura: _____ °C _____/_____/_____, ____:____	
<b>Responsável:</b> _____	<b>Responsável:</b> _____	
<b>OBS:</b> _____		

Responsável

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 015 TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES



POP BOB 015 - PÁG.: 6/6 EMISSÃO: 22/06/2018 REVISÃO Nº 04 : 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 qualidade.hcfmb@unesp.br</p>	
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>		

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1. Título: POP BOB 15 – TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES.

1.2. Área Responsável: BANCO DE OLHOS DE BOTUCATU

1.3. Data da Elaboração: 22/06/2018 Total de páginas: 6 Data da Revisão: 19/01/2024 – Número da Revisão: 04

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:

NOME	SETOR	ASSINATURA
Cintia Banin	BOB	

### 2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):

Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP BOB 15 – TRANSPORTE DE GLOBOS OCULARES. Também autorizo a exposição do meu nome completo.

Data: 13/24	Assinatura: Gerência do Banco de Olhos de Botucatu: Cintia Banin
-------------	---

BANCO DE OLHOS - BOB