PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO NÚCLEO DE SUPRIMENTOS E ABASTECIMENTO

POP NSA **007** ENVIO DE AMOSTRAS PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE PADRONIZAÇÃO E HEMOCENTRO

1. OBJETIVO:

Enviar amostras de materiais específicos para o Núcleo de Padronização, Central de Material Esterilizado, CIMED e Setor de Qualidade do Hemocentro avaliarem e aprovarem o uso.

2. ABRANGÊNCIA:

Auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, auxiliar de processamento, auxiliar de escritório, assistente técnico, enfermeiro, escriturário, farmacêutico.

3. MATERIAIS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

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

3.2. Materiais e Equipamentos Específicos para o Procedimento: computador, papel sulfite, cartuchos de tinta para impressora, caneta esferográfica, estilete, escadas, carrinho de transporte, carro de transporte externo e etiquetas.

4. PROCEDIMENTOS:

4.1. Receber o material adquirido por processo de compra;

4.2. Realizar a conferência física do item, verificando a Ordem de Compra (OC) e comparando-a com nota fiscal do material recebido;

4.3. Certificar-se que o material foi devidamente conferido fisicamente e em conformidade com a documentação de compra;

4.4. Preencher o RIR – RELATÓRIO INTERNO DE RECEBIMENTO (Anexo 1) com os dados do material recebido, para produtos específicos do **Hemocentro**; OU

4.5. Preencher o RIRET – RELATÓRIO DE INSPEÇÃO E RECEBIMENTO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES (Anexo 2) com os dados do material recebido, para outros produtos que necessitem de análise e aprovação;

4.6. Encaminhar o RIR (Hemocentro) / RIRET junto a uma amostra do material para a área de interesse;

4.7. Aguardar a avaliação da área que deve acontecer em até 3 dias;

4.8. Receber o RIR (Hemocentro) / RIRET na Central de Abastecimento do Suprimento, após a aprovação da amostra, devidamente preenchido e assinado;

4.9. Encaminhar o RIR (Hemocentro) / RIRET aprovado para o Galpão onde serão realizados procedimentos.

5. CONTINGÊNCIA:

Não se aplica.

6. OBSERVAÇÕES:

O RIR (Hemocentro) / RIRET deverão ser devolvidos no prazo de ate 3 dias.

7. AUTORES E REVISORES

7.1. Autores / Colaboradores: Débora Cristina Paulela e Reinaldo Aparecido de Souza.

7.2. Revisores:

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Não se aplica.

9. ANEXOS:

9.1. Anexo 1: RIR – Registro Interno de Recebimento – Hemocentro

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

REGISTRO	Página 1 de 1	
	GQ_R 002	
REGISTRO INTERNO DE RECEBIMENTO (RIR)	R01	Implementação FEVEREIRO/2021
	Gestão da Qualidade	

Fornecedor: _____ NF nº _____ Data: ___/___/___.

Descrição do material: _____.

ALMOXARIFADO

( ) Material Crítico ( ) Material Não Crítico

INSPEÇÃO

ITEM	Aprovado	Rejeitado
NF x Empenho		
Validade		
Embalagem		
Quantidade		
Temperatura		

Conclusão: ( ) Aprovado ( ) Rejeitado RNC Nº:

Obs: _____

Responsável: _____ Data ___/___/___

ÁREA – AVALIAÇÃO / INSPEÇÃO

ANÁLISE BULA / INSTRUÇÕES DE USO
( ) Necessidade de alterar procedimento ( ) Sem necessidade de alterar procedimento
Observação:
Conclusão: ( ) Aprovado ( ) Reprovado RNC nº _____
Responsável: _____ Data ___/___/___

ESTOQUE ALMOXARIFADO

ESTOCAGEM/ARMAZENAMENTO:

Data de Entrada: ___/___/___ Responsável: _____

Hemocentro de Botucatu
Av. Prof. Mario Rubens Guimarães Montenegro, s/n
CEP 18618-687 Botucatu - São Paulo
Tel. (14) 3811-6041
hemocentro.hcfmb@unesp.b

HEMOCENTRO

9.2. Anexo 2: RIRET – Relatório de Inspeção e Recebimento de Produtos Médico-Hospitalares.

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP NÚCLEO DE SUPRIMENTO E ABASTECIMENTO Av. Prof. Mario Rubens Guimaraes Montenegro – Unesp – Campus de Botucatu CEP: 18618-687, Botucatu – Sao Paulo – Brasil tel.: (14) 3811-6382 / (14) 3811-6400	PÁGINA 1 DE 1
	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO E RECEBIMENTO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES	Emissão: ___/___/___ Revisão: 02 — Implementação Dezembro/2021

Fornecedor: _____

Nº da Nota Fiscal: _____ **Nº Empenho:** _____ **MV:** _____ **Material:** _____

Quantidade Empenhada: _____ **Quantidade Recebida:** _____ ☐ **Comodato**

INSPEÇÃO – SUPRIMENTO			
Item	Aprovado	Reprovado	Não se aplica
Solicitação de Compra X Nota Fiscal			
Nota Fiscal X Empenho			
Quantidade			
Embalagem			
Validade maior que 12 meses:			

CONCLUSÃO:

☐ **Aprovado** ☐ **Reprovado** **Ocorrência Nº:** ____/____

Responsável Suprimentos: _____ **Data:** ___/___/___

Encaminhar para Avaliação e Inspeção:	
☐ Núcleo de Padronização	☐ CIMED

AVALIAÇÃO E INSPEÇÃO			
	Item	Aprovado	Reprovado
Núcleo de Padronização	CA:		
	Tamanho:		
	Gramatura:		
	Demais Especificações:		
CIMED	Acessórios		
	Funcionamento (somente para CPU, demais equipamentos na instalação)		

CONCLUSÃO:

☐ **Aprovado** ☐ **Reprovado** - **Ocorrência / RNC Nº:** _____

Inclusão no patrimônio: ☐ Sim ☐ Não Número de Patrimônio: _____

Empresa Responsável pela Manutenção Preventiva: _____

Responsável pela AVALIAÇÃO: _____ **Data:** ___/___/___

OBS: _____

10. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

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

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1.Título: POP NSA 007 – ENVIO DE AMOSTRAS PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE PADRONIZAÇÃO E HEMOCENTRO

1.2. Área Responsável: NÚCLEO DE SUPRIMENTO E ABASTECIMENTO

1.3. Data da Elaboração: 23/03/2022 Total de páginas: 04 Data da Revisão: 30/04/2024

Número da Revisão: 03

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
Débora Cristina Paulela	Núcleo de Suprimento e Abastecimento	
Reinaldo Aparecido de Souza	Núcleo de Suprimento e Abastecimento	

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 NSA 007 – ENVIO DE AMOSTRAS PARA ANÁLISE E APROVAÇÃO DO NÚCLEO DE PADRONIZAÇÃO E HEMOCENTRO.**

Também autorizo a exposição do meu nome completo.

Data: 15/05/24	**Assinatura:** Telma Camargo **Gerência de Materiais:** Telma Aparecida de Camargo