

## TERMO DE COMPROMISSO

Hemocentro Estadual da Região  
Sudoeste II - **Hemogo Jataí**

Requirements Required  
1. Commercial Trade License  
2. Chamber of Commerce / For-  
eign Passport / Identity Card  
3. Document showing authorized signatory  
4. Check, ordered (amount to be decided)

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE  
COMPROMISSO Nº 65 FIRMADO PELAS PARTES EM  
19/12/2019.**

**I – DAS PARTES:**

O **HEMOCENTRO REGIONAL DA REGIÃO SUDOESTE II - HEMOGO JATAÍ**, de natureza jurídica pública, sem fins lucrativos inscrito(a) no CNPJ/MF sob o nº 02.529.964.0001-57, e no CNES sob o nº 2535580, com sede na Rua Joaquim Caetano esquina com rua Caçú, s/n, setor Divino Espírito Santo, Jataí Goiás – GO, CEP 76.220.000, neste ato representado por seu(sua) titular Sr(a). **Myrian Carolina Queiroz Oliveira**, portador(a) do RG/CI nº 4353889 ÓRGÃO EXPEDIDOR DGPC-GO, e do CPF/MF sob o nº 002.083.761-51, doravante denominado **COMPROMITENTE**, e o **IDTECH - INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E HUMANO**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil na forma de organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.966.540/0001-73, com sede no Município de Goiânia/GO, à Rua 01, Qd. B-1, Lts. 03/05, nº 60, Térreo, Setor Oeste, CEP 74.115-040, na condição de gestora das utilidades da Rede Estadual de Hemocentros – Rede HEMO por força do Contrato de Gestão nº 070/2018, Processo nº **201600010020610**, firmado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, doravante denominado **COMPROMISSÁRIO**, neste ato representado pelo seu Superintendente, **José Cláudio Pereira Caldas Romero**, portador do RG/CI nº 224.764 – SSP/GO e do CPF/MF sob o nº 093.517.951-87, residente e domiciliado em Goiânia/GO. E pelo diretor e responsável técnico Ana Cristina Novais Mendes, portadora da RG/CI 2.118.664 – DGPC/GO e CPF/MF 515.066.371-91 e Dra. Rafaela Farias Fonseca portadora da RG/CI 4.471.620 CPF016.982.931-60, inscrita no Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM-GO sob o nº.19.455, respectivamente, ambas residentes e domiciliadas em Goiânia-GO, por mútuo entendimento e plenamente ajustados, resolvem, por estes termos:

**II – DO OBJETO:**

**II.1 – Prorrogar a vigência do Termo de Compromisso firmado pelas partes com vistas a continuar o fornecimento e/ou remanejamento de hemocomponentes, na forma do que dispõem as legislações vigentes, especialmente: a Lei Estadual nº 12.122 de 05/10/1993; a Resolução RDC nº 34 de 11/06/2014, publicada no Diário Oficial da União nº 113, de 16/06/2014, Seção 1, página 67;**





Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017, publicada no Diário Oficial da União nº 190, de 03/10/2017, – Seção 1 – Suplemento – página 360; além de outras relacionadas ou aquelas que as complementarem, substituïrem ou sucederem.

### III – DO ADITAMENTO:

III.I – O presente Termo Aditivo tem por objetivo a prorrogação da vigência do “Termo de Compromisso nº 65”, firmado pelas partes em 19/12/2019.

III.II – Avençam as partes que a vigência da Cláusula 7.1 do instrumento originário se prorrogará por mais 12 (doze) meses mediante interesse mútuo das partes.

III.III – Desta forma, o presente aditivo contratual terá vigência no período compreendido de 27/01/2022 à 27/01/2023.


### III - DA RATIFICAÇÃO:

Registre-se para todos os fins de direito, que o aditivo contratual ora introduzido não se traduz em nenhuma novação ao “Termo de Compromisso nº 65”, mantendo-se como boas, firmes e valiosas todas as demais cláusulas e condições daquele instrumento, desde que não conflitantes com as disposições ora pactuadas, convalidando-as em todos os seus termos e deles passando a fazer parte integrante para todos os objetivos colimados e afins.

E por estarem, as partes justas e combinadas, firmam o presente Instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas abaixo indicadas que a tudo assistiram e conhecimento tiveram.

Goiânia/GO, ao(s) 10 dia(s) do mês de fevereiro de 2022.

### COMPROMITENTE:

  
Myrian Carolina Queiroz Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM/GO 14179



**COMPROMISSÁRIO:**

  
**Ana Cristina Novais Mendes**

Diretoria Técnica

  
**Dra. Rafaela Farias Fonseca**

Responsável Técnico

CRM/GO 19.455

  
**José Cláudio Romero**

Superintendência

**Testemunhas:**

  
**1ª Denyse Silva Goulart**

CPF/MF: 009.199.481-03

  
**2ª Diogo Ramos Veloso Costa**

CPF/MF: 919.025.331-00



# ANEXO I e II

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

|  |             |                        |              |                  |            |  |
|--|-------------|------------------------|--------------|------------------|------------|--|
| UNIDADE SOLICITANTE/HOSPITAL:  |             |                        |              | DATA INTERNAÇÃO: |            |  |
| TELEFONE ATUALIZADO DO SOLICITANTE (contato imediato em casos de necessidade): |             |                        |              |                  |            |  |
| PACIENTE:  |             |                        |              | Nº CNS (SUS):    |            |  |
| Endereço (Rua, Av.):   |             |                        |              | CEP:             | Nº:        |  |
| QUADRA:  | LOTE:       | COMPL.:                | BAIRRO:      | CIDADE:          |            |  |
| Nome da Mãe:   |             |                        |              |                  |            |  |
| Para pacientes menores de quatro meses, informe a tipagem ABO/RH da mãe:       |             |                        |              |                  |            |  |
| Nº PRONTUÁRIO:   |             | ENF:                   | LEITO:       | SEXO:            | D.NASC:    | PESO: Kg                                   |
| SOLICITOU DOADORES?  |             | JÁ RECEBEU TRANSFUÇÃO? | QUANTAS?     | HÁ QUANTO TEMPO? | ONDE?      |  |
| EXAMES   | HEMOGLOBINA | g/dL                   | HEMATÓCRITO: | %                | PLAQUETAS: | mm <sup>3</sup>                            |
|  |             |                        |              |                  |            | DISTÚRBO DE COAGULAÇÃO?<br>( ) SIM ( ) NÃO |
| DIAGNÓSTICO:   |             |                        |              |                  |            |  |
| INDICAÇÃO CLÍNICA:   |             |                        |              |                  |            |  |

| PRESCRIÇÃO                               |            |        |   |  |  |
|--|------------|--------|---|--|--|
| HEMOCOMPONENTE/HEMODERIVADO              | QUANTIDADE | VOLUME | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:  |  |  |
| ( ) Concentrado de hemácias              |            |        | ( ) Ex-sanguíneo transfusão Volume: plasma: _____ mL /<br>Concentrado de hemácias: _____ mL |  |  |
| ( ) Plasma fresco                        |            |        |   |  |  |
| ( ) Concentrado de plaquetas             |            |        | ( ) Plasmáfereze terapêutica Volume: _____ mL   |  |  |
| ( ) Concentrado de plaquetas por aférese |            |        | Observação:   |  |  |
| ( ) Crioprecipitado                      |            |        |   |  |  |
| ( ) Outros (Especificar)                 |            |        |   |  |  |

( ) IRRADIADO ( ) LAVADO ( ) FILTRO DE LEUCÓCITOS ( ) FENOTIPADO

|   |  |
|---|--|
| Assinatura Médico solicitante/CRM/Carimbo | Data: ____/____/____ Hora: ____:____ h |
|---|--|

TIPO DE TRANSFUÇÃO:

- ( ) Programada (Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h).
- ( ) Rotina (a ser realizada dentro das 24 horas).
- ( ) Urgente (a ser realizada em até 3 horas após o recebimento da solicitação)
- ( ) Emergência – quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente – só pode ser realizada com autorização do médico solicitante, incluindo assinatura do termo de responsabilidade.

• É OBRIGATÓRIO REGISTRAR O NÚMERO E A ORIGEM DOS HEMOCOMPONENTES, BEM COMO A DATA EM QUE A TRANSFUÇÃO OCORREU NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DE EMERGÊNCIA

De acordo com a Portaria Consolidada MS/GM nº 05/2017, devido à gravidade do Estado de Saúde e risco de morte por atraso ou não realização da transfusão no paciente acima identificado, AUTORIZO a transfusão dos hemocomponentes prescritos antes do término dos testes pré-transfusionais e declaro estar ciente dos riscos e das possíveis consequências advindas dessa transfusão.

Ass. e carimbo médico responsável: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.

- Requisição fora dos padrões, incompleta, ilegível ou rasurada não deve ser aceita pelo serviço de hemoterapia (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).
- Os tubos contendo amostras de sangue para os testes pré-transfusionais devem ser rotulados no momento da coleta, contendo no mínimo, identificação da unidade solicitante, o nome completo do receptor (paciente) sem abreviaturas, seu número de identificação, nome do coletador e data da coleta. Tubos que não estejam corretamente identificados não devem ser aceitos pelo serviço de hemoterapia (Portaria de Consolidação N.º 5 – Anexo IV MS 28/09/2017).

As solicitações devem ser feitas em DUAS VIAS que devem ser obrigatoriamente encaminhadas ao Serviço de Hemoterapia.

Para mais informações acesse o Manual Transfusional pelo site: [hemocentro.org.br](http://hemocentro.org.br)

| Identificação  | Armazenamento/ Preservação                              | Acesso                                  | Recuperação        | Retenção | Descarte   |
|--|---|---|--------------------|----------|------------|
| Cód. HCG GDD REC 52.00<br>Versão: 00 1 – Pág. 1 de 2 | Arquivos específicos das áreas/ cópia digital qualidade | Pasta específica/ colaboradores da área | Cód. Identificação | 20 Anos  | Reciclagem |





**A SER USADO PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

|  |                  |           |                  |                             |        |
|--|------------------|-----------|------------------|-----------------------------|--------|
| Registro de recebimento da solicitação no serviço de hemoterapia:  |                  | Data: / / |                  | Hora: : h.                  |        |
| Grupo Sanguíneo (ABO):   | Rh(D):           | D fraco:  | Tipagem reversa: | Pesquisa de Ac. Irregulares |        |
| Prova Cruzada:   | Auto-Anticorpo.: |           | PAI I            |                             | PAI II |
| Inspeção Visual (coloração adequada, sistema íntegro, ausência de sinais de hemólise ou de coágulos, data de validade e teste de hemólise): ( ) Conforme |                  |           |                  |                             |        |
| Data: / /  | Obs:             |           |                  | Coombs Direto               |        |

Número da(s) bolsa(s) transfundidas(s) / Hemocomponentes

Preparado por: Assinatura e carimbo:

Data e Horário de realização da transfusão: / / . : h.

**A SER USADO PELO MÉDICO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA:**  
Registro de alterações de conduta

Assinatura/ Carimbo transfusionista

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Assinatura/ Carimbo Médico

**DESCRIÇÃO DOS HEMOCOMPONENTES**

| COMPONENTE                               | COMPOSIÇÃO   | VOLUME APROX. | INDICAÇÃO  |
|--|--|---------------|--|
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)             | HEMÁCIAS; PLASMA EM PEQUENO VOLUME; 2000-3 000 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS                                | 270 mL        | RESTABELECER A CAPACIDADE DE TRANSPORTE DE O <sub>2</sub> E A MASSA ERITROCITÁRIA  |
| CH PADRÃO                                |  |               |  |
| CH DESLEUCOCITADO                        | HEMÁCIAS; < 1X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS   | 250 mL        | RN. PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS, HEMOGLOBINOPATIAS, EXSANGÜEIO-TRANSFUSÃO, PACIENTES CMV NEGATIVOS, CANDIDATOS A TMO OU C/ REAÇÕES FEBRIS RECORRENTES, TRANSFUSÃO INTRA UTERINA. |
| CH LAVADO                                | HEMÁCIAS; PROTEÍNAS < 0,5 G/ UNIDADE; SF 0,9%  | 250 mL        | PACIENTES QUE APRESENTAM REAÇÕES ALÉRGICAS GRAVES  |
| CH COM CAMADA LEUCO-PLAQUETÁRIA REMOVIDA | HEMÁCIAS; < 1200 X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS; SOLUÇÃO ADITIVA  | 270 mL        | PACIENTES QUE APRESENTAM REAÇÕES ALÉRGICAS OU REAÇÕES FEBRIS   |
| CH IRRADIADO                             | HEMÁCIAS; PLASMA EM PEQUENO VOLUME; LINFÓCITOS T RESIDUAIS INATIVADOS  | 270 mL        | PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, TRANSFUSÃO INTRAUTERINA, EXSANGÜEIO- TRANSFUSÃO, RN < 1200 G, APLASIA DE MEDULA ÓSSEA, DOADOR CONSANGÜEIO                    |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)            | > 5,5X10 <sup>10</sup> DE PLAQUETAS / UNIDADE; PLASMA < 200 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS RESIDUAIS        | 40 – 70 mL    | SANGRAMENTO ATIVO COM PLAQUETOPENIAS POR DEFICIÊNCIA MEDULAR OU TROMBOCITOPATIAS CONGÊNITAS. PREPARO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM PACIENTES PLAQUETOPÊNICOS.                  |
| CP (CRITÍDO DE SANGUE TOTAL)             |  |               |  |
| PLAQUETAFERESE (CPAF)                    | > 3,0X10 <sup>11</sup> PLAQUETAS; < 1X10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS; PLASMA                                   | ≥200 mL       | POLITRANSFUNDIDOS, REFRATÁRIOS A CP, CANDIDATOS A TMO, REAÇÃO TRANSFUSIONAL FEBRIL, PACIENTES CMV NEGATIVOS  |
| POOL DE CONC. DE PLAQUETAS               | >3,0 X10 <sup>11</sup> PLAQUETAS; 250 X 10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS T RESIDUAIS; PLASMA                               | 300 mL        | UMA BÓLSA EQUIVALE A DOSE TERAPÉUTICA PARA ADULTO (>40 KG) DE CONC. DE PLAQUETAS   |
| CP DESLEUCOCITADO                        | <1X10 <sup>6</sup> LEUC (POOL OU CPAF) OU < 0,83 X 10 <sup>6</sup> LEUC (CP)   | VIDE ACIMA    | INDICAÇÕES SEMELHANTES AO CH DESLEUCOCITADO  |
| CP IRRADIADO                             | LINFÓCITOS T RESIDUAIS INATIVADOS  | VIDE ACIMA    | INDICAÇÕES SEMELHANTES AO CH IRRADIADO   |
| PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)            | TODOS OS FATORES DA COAGULAÇÃO SANGÜÍNEA   | ≥150 mL       | SANGRAMENTO ATIVO OU PREPARO PRÉ OPERATÓRIO NA DEFICIÊNCIA DE FATORES DE COAGULAÇÃO  |
| CRIORECIPITADO (CRIO)                    | 80 A 100 UI DE FATOR VIII, 20% A 30% DE FATOR XIII, 150 A 300 MG DE FIBRINOGÊNIO, 40% A 70% DE FATOR VON WILLEBRAND. | 10 – 20 mL    | REPOSIÇÃO DE FATOR VON WILLEBRAND (QUANDO O CONCENTRADO ESPECÍFICO NÃO É DISPONÍVEL) E DE FIBRINOGÊNIO.  |

De acordo com a **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N.º 5/2017 MS**, que estabelece o **regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos**:

**Art. 6.** A transfusão de sangue e componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, por ser um procedimento que não está isento de risco. Sua indicação poderá ser objeto de análise e aprovação pela equipe médica do serviço de hemoterapia.

**Art. 168.** As solicitações para transfusão de sangue ou componentes devem ser feitas exclusivamente por médicos, em formulário específico que contenha informações suficientes para uma correta identificação do receptor.

§ 1º Devem constar no formulário, no mínimo, os seguintes dados:

I - nome completo do paciente sem abreviaturas; II - data de nascimento; III - sexo; IV - idade; V - número do prontuário ou registro do paciente; VI - número do leito (no caso de paciente internado); VII - diagnóstico; VIII - hemocomponente solicitado (com o respectivo volume ou quantidade); IX - modalidade da transfusão; X - resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente; XI - data; XII - dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do CRM); XIII - dados do paciente, como: a) peso do paciente (quando indicado); e b) antecedentes transfusionais, gestacionais e de reações à transfusão quando relatados pelo paciente.

**Art. 170.** Na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias antes do término dos testes pré-transfusionais pode ser feita, desde que obedecidas às seguintes condições:

I - o quadro clínico do paciente justifique a emergência, isto é, quando o retardar no início da transfusão coloque em risco a vida do paciente; II - existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; III - termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirma expressamente o conhecimento do risco e concorda com o procedimento; e IV - as provas pré-transfusionais devem ser finalizadas, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

**Art. 198.** (...) V - os hemocomponentes devem ser infundidos em, no máximo, 4 horas, quando esse período for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e as bolsas descartadas; (...)

VIII - nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem ser infundido em paralelo (na mesma linha venosa), à exceção da solução de cloreto de sódio a 0,9%, em casos excepcionais.

| Identificação  | Armazenamento/ Preservação                              | Acesso                                  | Recuperação        | Retenção | Descarte   |
|--|---|---|--------------------|----------|------------|
| Cód. HCG GDD REC 52.00<br>Versão: 00 1 – Pág. 2 de 2 | Arquivos específicos das áreas/ cópia digital qualidade | Pasta específica/ colaboradores da área | Cód. Identificação | 20 Anos  | Reciclagem |





## REQUISIÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

UNIDADE REQUERENTE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

| HEMOCOMPONENTE   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD  |     |     |     |     |     |     |     | QTD |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|  | O   |     | A   |     | B   |     | AB  |     |     |
|  | POS   | NEG | POS | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| <b>ESTOQUE ATUAL</b>   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | PLASMA FRESCO CONGELADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CRIOPRECIPITADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | OUTROS  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>SOLICITADO</b>  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | PLASMA FRESCO CONGELADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CRIOPRECIPITADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | OUTROS  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>JUSTIFICATIVA</b>   | PARA PRIORIZAR O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO, O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DEVERÁ JUSTIFICAR NO VERSO DESTE FORMULÁRIO O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO. A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER FEITA PARA CADA GRUPO SANGUINEO ABO/RHD E TIPOS DE PRODUTOS SOLICITADOS CONFORME A TABELA NO VERSO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS. |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   | AUTORIZO O SR. (A) _____ PORTADOR DO DOCUMENTO Nº _____ RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO.<br><br>DATA DO PEDIDO: ____/____/____  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO</b>  |   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| HEMOCOMPONENTE   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD  |     |     |     |     |     |     |     | QTD |
|  | O   |     | A   |     | B   |     | AB  |     |     |
|  | POS   | NEG | POS | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| <b>ATENDIDO</b>  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH PADRÃO)   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS TB  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOCITADA   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CH DELEUCOCITADA E IRRADIADO  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DELEUCOCITADA   |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | PLASMA  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | CRIO PRECIPITADO  |     |     |     |     |     |     |     |     |
|  | OUTROS  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| DATA: ____/____/____      HORA: ____:____:____      RESPONSÁVEL: _____   |   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SERÁ PRIORIZADO O ATENDIMENTO PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO IMEDIATA OU TRANSFUSÃO PROGRAMADA COM MENOS DE 24 HORAS OU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COM INDICAÇÃO MÉDICA DE TRANSFUSÃO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS. |   |     |     |     |     |     |     |     |     |





## REQUISIÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

UNIDADE REQUERENTE:

CNPJ:

MUNICÍPIO:

| PRODUTO   |                         | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                                   |   | DATA | HORA |
|---|-------------------------|---------|---|----------------------|--|---|------|------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Hemácias |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Plasma Fresco Congelado |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Reserva Cirúrgica   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Crioprecipitado         |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Programada   |      |      |
| Procedimento especial   |                         |         | <input type="checkbox"/> IRRADIAÇÃO   |                      | <input type="checkbox"/> DESLEUCOCITAÇÃO |   |      |      |
| OBS:  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                         |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |  | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |      |      |
| FUNCIONÁRIO   | DATA                    | HORA    | FUNCIONÁRIO   | DATA                 | HORA                                     | FUNCIONÁRIO   | DATA | HORA |
|   |                         |         |   |                      |  |   |      |      |

| PRODUTO   |                         | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                                   |   | DATA | HORA |
|---|-------------------------|---------|---|----------------------|--|---|------|------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Hemácias |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Plasma Fresco Congelado |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Reserva Cirúrgica   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Crioprecipitado         |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Programada   |      |      |
| Procedimento especial   |                         |         | <input type="checkbox"/> IRRADIAÇÃO   |                      | <input type="checkbox"/> DESLEUCOCITAÇÃO |   |      |      |
| OBS:  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                         |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |  | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |      |      |
| FUNCIONÁRIO   | DATA                    | HORA    | FUNCIONÁRIO   | DATA                 | HORA                                     | FUNCIONÁRIO   | DATA | HORA |
|   |                         |         |   |                      |  |   |      |      |

| PRODUTO   |                         | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                                   |   | DATA | HORA |
|---|-------------------------|---------|---|----------------------|--|---|------|------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Hemácias |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Plasma Fresco Congelado |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Reserva Cirúrgica   |      |      |
| <input type="checkbox"/>  | Crioprecipitado         |         |   |                      | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Programada   |      |      |
| Procedimento especial   |                         |         | <input type="checkbox"/> IRRADIAÇÃO   |                      | <input type="checkbox"/> DESLEUCOCITAÇÃO |   |      |      |
| OBS:  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                         |         |   |                      |  |   |      |      |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                         |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |  | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |      |      |
| FUNCIONÁRIO   | DATA                    | HORA    | FUNCIONÁRIO   | DATA                 | HORA                                     | FUNCIONÁRIO   | DATA | HORA |
|   |                         |         |   |                      |  |   |      |      |



## REQUISIÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

UNIDADE REQUERENTE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

| HEMOCOMPONENTE       | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|----------------------|--|----------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
|                      | O  |                | A                 |     | B   |     | AB  |     | QTD |  |
|                      | POS  | NEG            | POS               | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |  |
| <b>ESTOQUE ATUAL</b> | CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | OUTROS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
| <b>SOLICITADO</b>    | CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | OUTROS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
| <b>JUSTIFICATIVA</b> | <p>PARA PRIORIZAR O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA PARA OS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO, O SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DEVERÁ JUSTIFICAR NO VERSO DESTE FORMULÁRIO O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO. A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER FEITA PARA CADA GRUPO SANGUÍNEO ABO/RHD E TIPOS DE PRODUTOS SOLICITADOS CONFORME A TABELA NO VERSO. A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS.</p> |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   | <p>AUTORIZO O SR. (A) _____ PORTADOR DO DOCUMENTO Nº _____ RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO.</p> <p>DATA DO PEDIDO: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____ ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO</p>   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
| HEMOCOMPONENTE       | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | O  |                | A                 |     | B   |     | AB  |     | QTD |  |
|                      | POS  | NEG            | POS               | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |  |
| <b>ATENDIDO</b>      | CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | POOL DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADO E DESLEUCOCITADO  |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | PLAQUETAFÉRESE IRRADIADA   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | OUTROS   |                |                   |     |     |     |     |     |     |  |
|                      | DATA ____/____/____  | HORA ____:____ | _____ RESPONSÁVEL |     |     |     |     |     |     |  |





## REQUISIÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS

UNIDADE REQUERENTE:

CNPJ:

MUNICÍPIO:

| PRODUTO   |                                   | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                   |   | DATA                     | HORA            |
|---|-----------------------------------|---------|---|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Plaquetas          |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Imediata   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Pool de concentração de plaquetas |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/> | Reserva Cirúrgica   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Plaquetaférese                    |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Programada   |                          |                 |
| Procedimento especial   |                                   |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | IRRADIAÇÃO  | <input type="checkbox"/> | DESLEUCOCITAÇÃO |
| OBS:  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                                   |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |                          | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                          |                 |
| FUNÇÃOÁRIO  | DATA                              | HORA    | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                 | HORA                     | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                     | HORA            |
|   |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |

| PRODUTO   |                                   | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                   |   | DATA                     | HORA            |
|---|-----------------------------------|---------|---|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Plaquetas          |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Imediata   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Pool de concentração de plaquetas |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/> | Reserva Cirúrgica   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Plaquetaférese                    |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Programada   |                          |                 |
| Procedimento especial   |                                   |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | IRRADIAÇÃO  | <input type="checkbox"/> | DESLEUCOCITAÇÃO |
| OBS:  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                                   |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |                          | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                          |                 |
| FUNÇÃOÁRIO  | DATA                              | HORA    | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                 | HORA                     | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                     | HORA            |
|   |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |

| PRODUTO   |                                   | ABO/RhD | QTD   | INICIAIS DO PACIENTE | MOTIVO                   |   | DATA                     | HORA            |
|---|-----------------------------------|---------|---|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/>  | Concentrado de Plaquetas          |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Imediata   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Pool de concentração de plaquetas |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/> | Reserva Cirúrgica   |                          |                 |
| <input type="checkbox"/>  | Plaquetaférese                    |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | Transfusão Programada   |                          |                 |
| Procedimento especial   |                                   |         |   |                      | <input type="checkbox"/> | IRRADIAÇÃO  | <input type="checkbox"/> | DESLEUCOCITAÇÃO |
| OBS:  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO</b>  |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| <b>A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO</b> |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |
| 1º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   |                                   |         | 2º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                      |                          | 3º ATENDIMENTO COMPLETO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                          |                 |
| FUNÇÃOÁRIO  | DATA                              | HORA    | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                 | HORA                     | FUNÇÃOÁRIO  | DATA                     | HORA            |
|   |                                   |         |   |                      |                          |   |                          |                 |