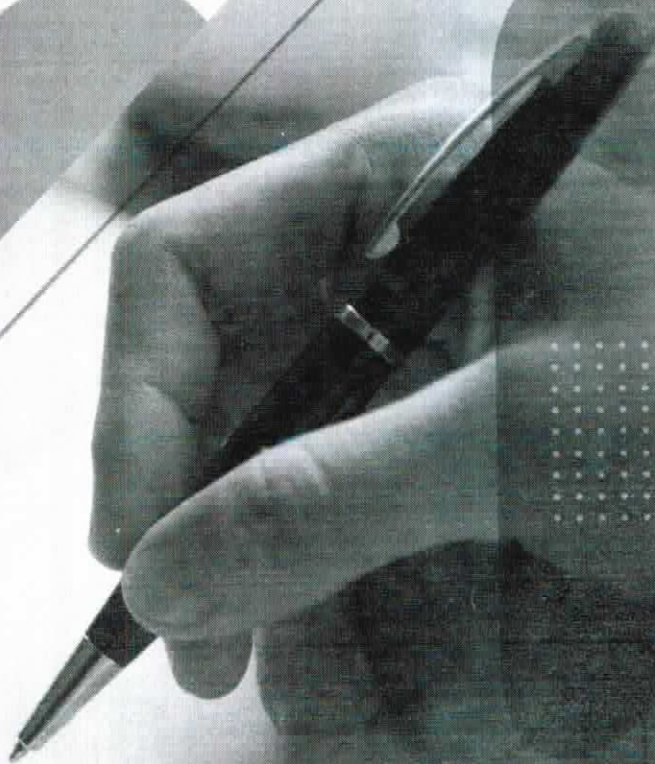


## TERMO DE COMPROMISSO

Hemocentro Estadual da Região  
São Patrício - **Hemogo Ceres**

INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE CERES



**TERMO DE COMPROMISSO Nº 024/22**  
**(Hemocentros Regionais, UCT'S e AT's)**

O **INSTITUTO DE NEFROLOGIA DE CERES** de natureza jurídica privada, com fins lucrativos CNPJ: 04.828.982/0001-65 CNES: 3538265, com sede na Rua Minha Mendes, nº. 88 A, Bairro Centro, Ceres – GO, CEP 76.300-000, neste ato representado por seu titular **Benedito César Caldas**, portador do RG/CI 1967952 ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/GO, CPF – 036.307.062-15, 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:

**1. DO OBJETO**

Este termo tem por objeto o fornecimento e/ou remanejamento eventual e/ou regular de hemocomponentes e/ou hemoderivados; a realização de procedimentos que visem adequá-los às necessidades específicas do paciente, mediante solicitação e realização de testes sorológicos e/ou imunohematológicos, 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, substituírem ou sucederem.

### 1.1. CADASTRO

Para receber do COMPROMISSÁRIO hemocomponentes para fins transfusionais, hemoderivados ou realização dos procedimentos descritos neste termo, o COMPROMITENTE deve ser de natureza jurídica pública, privada ou filantrópico, estar cadastrado junto ao COMPROMISSÁRIO (Anexo I) e atender aos requisitos legais, regulamentares e aos protocolos específicos (se for o caso).

### 2. DA FORMA DE EXECUÇÃO

As atividades referidas no objeto serão desenvolvidas pelo COMPROMISSÁRIO.

### 3. DAS OBRIGAÇÕES

#### 3.1. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMISSÁRIO

3.1.1. Fornecer hemocomponentes e/ou hemoderivados, de acordo com formulário padronizado e devidamente preenchido (Anexo II), em quantidades previamente solicitadas, condicionada à disponibilidade de estoque, tendo os testes sorológicos obrigatórios com resultados finais não reagentes e liberados, de acordo com as normas legais vigentes;

3.1.2. Manipular os hemocomponentes para adequá-los às necessidades específicas (deleucotização, aliquotagem, aférese, irradiação, etc.), de acordo com a capacidade técnica de cada unidade, de determinados grupos de pacientes, conforme protocolo e legislação vigente;

3.1.3. O fornecimento dos hemocomponentes e/ou hemoderivados solicitados ocorrerá conforme descrição abaixo:

>Disponibilizar no setor de distribuição os produtos solicitados pelo COMPROMITENTE;

>A conferência e retirada dos produtos disponibilizados devem ser realizadas em conjunto pelos funcionários do COMPROMITENTE e do COMPROMISSÁRIO e, ao final da conferência, o funcionário do COMPROMITENTE deverá assinar um Formulário de Distribuição contendo: **data, hora, nome legível ou carimbo e assinatura do funcionário**;

3.1.4. O Hemocentro Estadual Coordenador Prof. Nion Albernaz, sempre que necessário e de acordo com os protocolos internos, realizará treinamento aos profissionais da Rede HEMO :

**Responsável Técnico** - acerca da responsabilidade técnica, uso e indicações de hemocomponentes, procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, rastreabilidade e gestão da unidade; **Outros Profissionais de Saúde** - quanto aos procedimentos hemoterápicos, documentação, registros, arquivos e rastreabilidade; procedimentos de captação de doadores; de hemovigilância, gerenciamento de resíduos, segurança e biossegurança; **Administrativos**- quanto aos procedimentos administrativos inerentes as atividades hemoterápicas (HEMOPROD, etc.). Os treinamentos devem ser realizados como parte do cronograma de capacitação do COMPROMISSÁRIO, solicitados pelo COMPROMITENTE, conforme necessidade;

3.1.5. Disponibilizar orientação às áreas técnica e administrativa, referente às atividades hemoterápicas sempre que necessário, de acordo com os protocolos internos ou quando solicitadas pelo COMPROMITENTE;

3.1.6. Realizar visitas técnicas periódicas ao COMPROMITENTE;

3.1.7. Manter arquivo dos registros, resguardando o sigilo e permitindo a rastreabilidade do produto hemoterápico, conforme a legislação vigente;

3.1.8. Prestar atendimento aos doadores de sangue encaminhados pelo COMPROMITENTE, condicionado à capacidade de atendimento à demanda;

3.1.9. Disponibilizar e orientar sobre a legislação vigente sempre que necessário ou quando solicitado.

### 3.2. DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

3.2.1. Possuir e manter atualizado o cadastro junto ao COMPROMISSÁRIO;

3.2.2. Indicar médico responsável técnico, podendo ser o próprio Diretor Técnico, que deve assinar este Termo de Compromisso, juntamente com o titular da unidade, formalizando sua concordância e responsabilidade quanto aos procedimentos e sua execução, nos termos da legislação vigente;

3.2.3. Apresentar, anualmente ou quando solicitado, ao COMPROMISSÁRIO, cópia da Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária e Ficha de Cadastro atualizada (**Anexo I**);

3.2.4. Manter sob a responsabilidade do Diretor Técnico treinado, o atendimento hemoterápico compreendendo: coleta de amostra do receptor para exames pré-



transfusional; realização dos testes pré-transfusional, transporte e armazenamento dos hemocomponentes, realização do procedimento transfusional atendendo às normas vigentes;

3.2.5. Indicar equipe técnica e administrativa, promovendo, incentivando e facilitando a participação dos mesmos em eventos de capacitação e treinamento em hemoterapia ministrada pelo COMPROMISSÁRIO;

3.2.6. Garantir a total aplicabilidade das normas técnicas, provenientes da legislação vigente e dos treinamentos ofertados pelo COMPROMISSÁRIO, isentando-o de possíveis falhas durante o processo de operacionalização das mesmas, quando decorrentes do não cumprimento da legislação e/ou das orientações;

3.2.7. Requisitar ao COMPROMISSÁRIO hemocomponentes, hemoderivados ou procedimentos, através de solicitação médica, conforme legislação vigente. O pedido deve ser realizado em formulário próprio, com os respectivos quantitativos e assinado pelo Responsável Técnico ou médico assistente do paciente. A solicitação pode ser enviada inicialmente por e-mail, devendo posteriormente ser encaminhada a via original, para a liberação dos produtos:

>HEMOCOMPONENTES: concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas, concentrado de plaquetas por aférese, plasma fresco congelado, crioprecipitado;

>HEMODERIVADOS: fator de coagulação VIII e fator de coagulação IX (para pacientes hemofílicos cadastrados no Ministério da Saúde); fator de coagulação de von Willebrand 8y (para pacientes portadores de Coagulopatias cadastrados no Ministério da Saúde); complexo protrombínico (CCP) e complexo protrombínico ativado (CCPA);

>PROCEDIMENTOS: irradiação; sangria terapêutica, quando pertinente; plasmaférese.

3.2.8. Solicitar ao COMPROMISSÁRIO reserva de sangue e hemocomponentes para grandes cirurgias eletivas com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas, excluindo finais de semana e feriados;

3.2.9. Retirar os hemocomponentes previamente agendados com o setor de distribuição do COMPROMISSÁRIO, respeitando os horários de 2ª a 6ª feira. Finais de semana e feriados somente em caso de urgência e emergência;

3.2.10. Informar ao COMPROMISSÁRIO, a cada solicitação de hemocomponentes, os registros do pedido anterior por tipo de hemocomponente, com dados sobre a quantidade de bolsas recebidas, utilizadas e em estoque, contendo, também, informações sobre o procedimento transfusional, com dados dos receptores e hemocomponentes utilizados,



4/13

devolvidos e descartados. As informações serão utilizadas pelo COMPROMISSÁRIO para atender requisitos legais e para gerenciar o fornecimento dos hemocomponentes e deve vir por escrito, através do preenchimento de formulários específicos, devidamente assinados pelo Responsável Técnico da unidade, caso o COMPROMITENTE tenha Agência transfusional (AT);

3.2.11. Realizar exames imunohematológicos pré-transfusionais na amostra do receptor, de acordo com a prescrição e conforme legislação vigente, em caso de Hemocentro Regional, UCT ou AT;

3.2.12. Encaminhar ao COMPROMISSÁRIO amostra do receptor para identificação de anticorpos irregulares, quando ocorrer, de acordo com protocolo específico;

3.2.13. Responder integralmente pelo transporte, armazenamento e conservação dos hemocomponentes e hemoderivados, conforme os padrões recomendados pelo COMPROMISSÁRIO, atendendo a legislação vigente. Em caso do COMPROMITENTE ser um Hemocentro Regional, UCT ou AT, os mesmos deverão responder pelo armazenamento e conservação dos hemocomponentes e hemoderivados, atendendo a legislação vigente;

3.2.14. Manter registros relativos às atividades e procedimentos, permitindo a rastreabilidade dos hemocomponentes e informações, de acordo com a legislação vigente;

3.2.15. Dar destino adequado aos resíduos biológicos gerados pelo ato transfusional ou por outros procedimentos técnicos realizados na unidade, conforme legislação vigente;

3.2.16. Auxiliar na manutenção do estoque regulador de sangue do COMPROMISSÁRIO, recrutando doadores voluntários, visando à integração nas ações de captação;

3.2.17. Para doação autóloga ou dirigida, devem ser respeitadas as rotinas estabelecidas pelo COMPROMISSÁRIO;

3.2.18. Indicar profissional para ser capacitado pelo COMPROMISSÁRIO nos trabalhos de captação de doadores voluntários de sangue, com o objetivo de manutenção do estoque de hemocomponentes;

3.2.19. Disponibilizar os funcionários do serviço para treinamento e educação continuada, sempre que solicitado pelo COMPROMISSÁRIO;

3.2.20. A investigação e notificação do evento adverso, quando necessária, deve ser feita, pelo serviço onde houve a ocorrência ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com as legislações vigentes ou diretrizes específicas do Sistema Nacional de

Hemovigilância. No caso em que haja necessidade de interveniência do serviço de hemoterapia produtor ou fornecedor do hemocomponente, o serviço de saúde deverá articular com o serviço produtor ou fornecedor com vistas às medidas cabíveis e conclusão do ciclo investigativo. Para isso o COMPROMITENTE deverá capacitar as unidades de saúde sob sua responsabilidade para que realizem as notificações conforme legislação vigente e manual de hemovigilância.

3.2.21. Manter as condições técnicas ideais para o armazenamento dos produtos hemoterápicos, inclusive nos casos de centro cirúrgico em atividade, tendo o cuidado de não violar a bolsa diante da impossibilidade de instalação imediata da transfusão, mantendo os hemocomponentes em refrigerador exclusivo, com termômetro, alarmes sonoros e visual, mapa de registro de temperatura, conforme legislação vigente;

3.2.22. Não fornecer hemocomponentes a outros serviços de saúde, ainda que conveniados ou contratados com o COMPROMISSÁRIO, salvo em situações expressamente autorizadas por este, sob pena de dar causa a imediata à rescisão deste termo de compromisso;

3.2.23. Informar por escrito ao COMPROMISSÁRIO, assinado pelo Responsável Técnico, a internação de pacientes portadores de doenças hematológicas que necessitem de transfusões por tempo prolongado;

3.2.24. Informar por escrito ao COMPROMISSÁRIO, assinado pelo Responsável Técnico, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a abertura de novos serviços em sua unidade ou área de abrangência, como: UTI neonatal; transplantes de órgãos e tecidos; cirurgias cardiovasculares; serviços oncohematológico, de emergência e de trauma;

3.2.25. Instituir Comitê Transfusional e designar um profissional de saúde e um médico para assegurar a implantação e acompanhamento do processo de hemovigilância e retrovigilância, conforme as diretrizes do termo e de acordo com a legislação vigente;

3.2.26. Garantir o processo de hemovigilância encaminhando, no prazo máximo de 15(quinze) dias, ao COMPROMISSÁRIO cópia do NOTIVISA após investigação do incidente transfusional (qualquer anormalidade com o paciente) que possa ser imputada à transfusão do hemocomponente fornecido, especificando a alteração observada de acordo com o Manual de Hemovigilância do Ministério da Saúde;

3.2.27. Informar mensalmente a produção hemoterápica à Vigilância Sanitária/SES-GO e ao COMPROMISSÁRIO, no Setor de Faturamento, através do Formulário de Produção Hemoterápica – HEMOPROD (RDC/ANVISA 149/2001).

3.2.28. Permitir ao COMPROMISSÁRIO realizar auditorias para verificar as atividades relativas aos procedimentos técnicos e administrativos inerentes à prática hemoterápica ou hematológica e da correta execução deste termo;

3.2.29. Especificamente em unidades de natureza pública, caracterizadas como Hemocentro Regional ou Unidade de Coleta e Transfusão, além do descrito acima, devem atender ainda:

3.2.29.1. Realizar procedimentos de: captação, cadastro, triagens, coleta, processamento, liberação, distribuição, transfusão, incluindo os testes pré-transfusionais, exames imunohematológicos do doador, garantia da qualidade, registros, capacitação, hemovigilância e retrovigilância, transporte, armazenamento e demais procedimentos inerentes ao funcionamento do serviço, conforme legislação vigente;

3.2.29.2. Encaminhar as amostras de sangue dos doadores, exclusivamente ao COMPROMISSÁRIO, para realização dos testes sorológicos, para liberação dos hemocomponentes, conforme legislação vigente;

3.2.29.3. Atender aos protocolos internos do COMPROMISSÁRIO e a legislação vigente, quanto ao envio e/ou recebimento de amostras, hemocomponentes, resultados dos testes laboratoriais, hemovigilância e retrovigilância, remanejamento de hemocomponentes e garantia da qualidade.

3.2.30. O COMPROMITENTE assume a responsabilidade perante o COMPROMISSÁRIO por danos, erros, omissões, negligências, imperícias ou imprudências ocorridas durante o cumprimento de suas obrigações e relacionadas ao objeto deste contrato.

3.2.31. O COMPROMITENTE ficará responsável por quaisquer danos que seus atos ou de seus prepostos venham comprovadamente causar a terceiros e/ou ao COMPROMISSÁRIO, reparando, às suas expensas, os mesmos sem que lhe caiba nenhuma indenização.

3.2.32. O COMPROMITENTE obriga-se a manter sigilo sobre as informações recebidas do COMPROMISSÁRIO em razão dos serviços prestados sob este contrato, tais como especificações, dados técnicos e outros, não os divulgando de qualquer forma e sob qualquer pretexto, senão a seus empregados que tenham de fato a necessidade de obter a informação para a execução deste Termo de Compromisso, sob pena de responder por perdas e danos, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal de seus representantes legais e colaboradores.





3.2.33. As despesas com frete, transporte, salários de colaboradores do COMPROMITENTE e/ou de terceiros por ela arrematados para a execução do objeto deste instrumento, bem como os encargos sociais, previdenciários, fundiários, direitos trabalhistas, indenizações de qualquer espécie, ressarcimento por acidente de trabalho e outras expensas daí decorrentes, serão de sua inteira responsabilidade.

3.2.34. A relação entre as partes não caracteriza, entre estes, vínculo societário e/ou empregatício, pois não se faz presente a habitualidade, assiduidade, pontualidade e salário, cabendo, tão somente, ao COMPROMITENTE desenvolver suas obrigações de forma satisfatória, dentro das normas legais e das estabelecidas nestes termos.

3.2.35. A relação entre o COMPROMISSÁRIO e os colaboradores do COMPROMITENTE, se houver, não caracteriza, entre estes, vínculo empregatício, pois não se faz presente a subordinação, assiduidade, pontualidade e remuneração salarial dos trabalhos entre as partes, sendo que este(s) funcionário(s) encontra(m)-se sujeito(s) e condicionado(s) ao recebimento de ordens exclusivas do COMPROMITENTE, ficando este obrigado a remunerar mensalmente seus empregados.

#### **4. DO TRANSPORTE E ARMAZENAMENTO DOS HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS**

4.1. Conforme Resolução RDC nº 34 de 11/06/2014 Seção X Distribuição de Hemocomponentes, parágrafo 1º, o processo de transporte de hemocomponentes deve ser validado de acordo com os requisitos estabelecidos nesta Resolução, nas legislações de transporte de material biológico e determinações do Ministério da Saúde.

4.2. O transporte é de responsabilidade do COMPROMITENTE e deve ser realizado em recipiente adequado e validado para manter as condições de armazenamento e por pessoa capacitada para tal fim, observando o disposto na legislação vigente;

4.3. O COMPROMITENTE deve cadastrar junto ao COMPROMISSÁRIO, no Setor de Distribuição, os motoristas responsáveis pelo transporte, não devendo realizá-lo funcionário não cadastrado, exceto se apresentar documento oficial de identificação pessoal e autorização por escrito da Direção do COMPROMITENTE ou do Responsável Técnico da unidade hemoterápica;

4.4. Os hemocomponentes, hemoderivados e/ou amostras, devem ser transportados em caixas isotérmicas, validadas, de poliuretano rígida, resistente, sem vazamento, em boas



condições de higiene e limpeza, contendo gelo reciclável para manter a temperatura adequada de acordo com o produto; com etiqueta externa de identificação, contendo: nome, telefone e endereço da unidade; identificação de risco biológico e inscrição "PARA TRANSPORTE EXCLUSIVO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES", acompanhados da declaração de conteúdo;

4.5. As caixas térmicas devem ser transportadas em veículo fechado, não sendo permitido utilizar o compartimento de passageiros nem transporte por motos ou bicicletas;

4.6. As caixas térmicas devem conter termômetro com alarme sonoro e visor externo capaz de aferir a temperatura mínima e máxima no interior da caixa durante o transporte, sem a necessidade de abri-la;

4.7. Verificar, registrar e arquivar os registros de temperatura das caixas, conforme a legislação vigente;

4.8. O transporte deve ser realizado em caixas individuais, atendendo as especificações do fabricante e legislação vigente, de acordo com o tipo de produto: **concentrado de hemácias**: temperatura entre 1°C e 10°C, mantida com gelo reciclável, sendo necessário a proteção dos produtos contra o contato direto com o gelo; **concentrado de plaquetas**: temperatura entre 20°C e 24°C; **crioprecipitado e plasma congelado**: temperatura de - 20°C ou inferior, com utilização preferencial de gelo seco.

4.9. O COMPROMITENTE deve manter, em condições técnicas ideais, o armazenamento dos hemocomponentes, reagentes e amostras, com o monitoramento da temperatura, conforme legislação vigente;

4.10. Concentrados de hemácias ou plaquetas, que pelo histórico ou previsão de uso sejam passíveis de vencimento, devem ser devolvidos pelo COMPROMITENTE ao COMPROMISSÁRIO respeitando os prazos de: 03 (três) dias antes do vencimento para **concentrado de hemácias**; e 01 (um) dia antes do vencimento para **concentrado de plaquetas**;

4.11. Quando o COMPROMISSÁRIO for responsável pelo transporte dos hemocomponentes e hemoderivados, será de sua responsabilidade as condições estabelecidas neste termo.

4.12. condições de transporte e acondicionamento relativas à capacidade máxima de bolsas por embalagem, empilhamento e sistema de monitoramento e controle da temperatura devem ser validadas a fim de garantir a integridade do produto.

4.13. O veículo deve estar regularizado junto à Anvisa, de acordo com as legislações vigentes.

## 5. DO RESSARCIMENTO

5.1. É vedado ao COMPROMITENTE comercializar, remanejar, distribuir ou destinar indevidamente hemocomponentes fornecidos pela **HEMOCENTRO ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – HEMOGO CERES** ou, ainda, auferir lucros sobre esses produtos, sob pena de suspensão do fornecimento pelo **HEMOCENTRO ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – HEMOGO CERES**. Declarar, obrigatoriamente, nas faturas dos serviços prestados aos pacientes não SUS a origem dos hemocomponentes, apondo carimbo no anverso de forma visível, constando os seguintes dizeres: **“O HEMOCOMPONENTE UTILIZADO FOI COLETADO, TESTADO E LIBERADO PELO HEMOCENTRO ESTADUAL DA REGIÃO SÃO PATRÍCIO – HEMOGO CERES. É EXPRESSAMENTE PROIBIDA A SUA COMERCIALIZAÇÃO OU QUALQUER AUFERIMENTO DE LUCRO SOBRE ESTE PRODUTO.”**;

5.2. Emitir relatório, quando da finalização da vigência do Convênio, em que deverão constar as seguintes informações e documentos:

- a) Relação dos hemocomponentes recebidos, transfundidos, devolvidos e descartados;
- b) Relação de serviços prestados, quando for o caso;
- c) Certidões de regularidade fiscal;
- d) Descrição das ações de captação de doadores;

5.3. O relatório final emitido pelo COMPROMITENTE será analisado e aprovado pelo executor do Termo de Compromisso e pela Diretoria da Rede HEMO, conjuntamente, no prazo de 60 (sessenta) dias. Caso o relatório final seja reprovado, será concedido prazo de 15 (quinze) dias para o COMPROMITENTE se manifestar.

5.4. Por se tratar de fornecimento ou remanejamento de hemocomponentes no âmbito do SUS, não haverá ressarcimento ou repasse financeiro adicional entre os serviços que aqui se **comprometem**.



## 6. DAS PENALIDADES

6.1. Pela inexecução total ou parcial deste termo, pode ser aplicada ao COMPROMITENTE, garantida a prévia defesa, a critério do COMPROMISSÁRIO, as seguintes sanções: advertência; suspensão temporária e suspensão definitiva;

6.2. Havendo reincidência aos itens previstos, e/ou recusa do COMPROMITENTE em cumprir o previsto na legislação vigente, o COMPROMISSÁRIO poderá denunciar à VISA local e ao Conselho Regional de Medicina;

6.3. Da aplicação das penas de advertência, suspensão temporária ou suspensão definitiva, caberá recurso ao COMPROMISSÁRIO, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da comunicação do ato;

6.4. Quando interposto o recurso, deve este ser entregue, contra recibo, no protocolo do COMPROMISSÁRIO;

6.5. O COMPROMISSÁRIO pode suspender ao COMPROMITENTE o fornecimento de hemocomponentes ou hemoderivados, se comprovar a comercialização ou existência de acordos paralelos de assistência hemoterápica.

## 7. DA VIGÊNCIA

7.1. O presente Termo de Compromisso terá vigência de 24 (vinte e quatro) meses, prorrogável por mais 12 (doze) meses quando não houver alternância do Diretor Técnico/Responsável Técnico. Neste caso, os Gestores da Unidade Hemoterápica (COMPROMITENTE), deverão encaminhar um comunicado ao COMPROMISSÁRIO indicando o nome e enviando as cópias de toda a documentação deste profissional. O COMPROMISSÁRIO se responsabilizará de enviar um Termo Aditivo visando garantir a legalidade deste documento.

## 8. DA RESCISÃO OU ALTERAÇÃO

8.1. O presente termo pode ser rescindido pelo inadimplemento das cláusulas nele estabelecidas, podendo ser rescindido, ainda, sem qualquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito, com no mínimo 90 (noventa) dias de antecedência. Poderá, também, ser alterado ou complementado mediante Termo Aditivo, em concordância plena e formal das partes.

## 9. FUNDAMENTO LEGAL

9.1. Este termo é celebrado de acordo com as disposições das normas de Direito Civil c/c a legislação do SUS, especialmente, Leis Federais nºs 8.080 de 19/09/1990, 8.142 de 28/12/1990 e 10.205 de 21/03/2001; 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 e 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.

## 10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. Na ocorrência de caso fortuito ou de força maior que trata o artigo 393 do Código Civil Brasileiro, o COMPROMISSÁRIO não responderá pelos prejuízos resultantes, cabendo a ele, tão somente, acionar o sistema de coleta emergencial a fim de dar suporte de atendimento a essas situações;


10.2. Os casos omissos do presente termo, ou dúvidas decorrentes de sua aplicação, serão resolvidos de comum acordo, entre as partes, mediante troca de correspondência específica, que passará a fazer parte integrante do presente instrumento, para todos os efeitos legais;

10.3. As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia, Estado de Goiás, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais divergências decorrentes das obrigações e compromissos assumidos pelas mesmas, perante este termo de compromisso.

E por estarem justos e acertados o COMPROMITENTE e o COMPROMISSÁRIO, assinam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor, para os mesmos efeitos legais.

Goiânia/GO, ao(s) 28 dia(s) do mês de março de 2022.

### COMPROMITENTE:

  
**Benedito César Caldas**  
Diretor Geral

  
**Dra. Angela Assis Carvalho**  
Responsável Técnico  
CRM/GO 14348

# ANEXO I e II



## FICHA CADASTRAL BANCO DE SANGUE PRIVADO

TC n.º : \_\_\_\_\_

|   |          |            |               |
|---|----------|------------|---------------|
| Nome da Unidade:  |          |            |               |
| Nº do CNES:   |          |            | CNPJ:         |
| Natureza Jurídica: Pública ( ) Filantrópica ( ) Privada ( )                           |          |            |               |
| Endereço:   |          |            | Complemento:  |
| Bairro:   | CEP:     |            | Município:    |
| Tel: ( )  | CEL      | e-mail:    |               |
| Diretor Geral (representante legal):  |          |            |               |
| Nº R.G  |          | Nº C.P.F.: | Estado civil: |
| Responsável Técnico:  |          |            | CRM:          |
| Nº R.G  |          | Estado:    |               |
| Nº C.P.F.:  |          |            |               |
| Tel: ( )  | Cel: ( ) | e-mail:    |               |
| Porte da unidade:   |          |            |               |
| Nº de coletas mês   |          |            |               |
| Nº de transfusões de concentrados de hemácias mês                                     |          |            |               |
| Nº de transfusões concentrados de plaquetas mês                                       |          |            |               |
| Observação:   |          |            |               |
| Encaminhar os documentos abaixo juntamente com a ficha preenchida, assinada e datada: |          |            |               |
| 1. Cópia do Alvará Sanitário  |          |            |               |
| 2. Cópia do registro do CNES  |          |            |               |
| 3. Cópia do documento de Responsabilidade Técnica emitida pelo CREMEGO                |          |            |               |
| 4. Cédula de Identidade (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Diretor Geral       |          |            |               |
| 5. Cópia do Contrato Social   |          |            |               |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Responsável Técnico - RT

Diretor Geral - Representante Legal

381

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 /        |  |
| ( ) Plasma fresco                        |            |        |                              | Concentrado de hemácias: _____ mL |  |
| ( ) Concentrado de plaquetas             |            |        | ( ) Plasmaférese 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

Assinatura/ Carimbo Médico

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

| 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        | REESTABELECER 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        | RH PACIENTES POLITRANSFUNDIDOS, HEMOGLOBINOPATIAS, EXSANGÜINEO-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 TRESIDUAIS INATIVADOS   | 270 mL        | PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, TRANSFUSÃO INTRAUTERINA, EXSANGÜINEO-TRANSFUSÃO, RN < 1200 G, APLASIA DE MEDULA ÓSSEA, DOADOR CONSANGÜINEO.                  |
| 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 (ORTIDO DE SANGUE TOTAL)              |  |               |  |
| PLAQUETAFERESE (CPAF)                    | > 3,0x10 <sup>11</sup> PLAQUETAS, < 1x10 <sup>6</sup> LEUCÓCITOS RESIDUAIS, PLASMA                                   | ≥200 mL       | POI, (TRANSFUNDIDOS, REFRACTÁRIOS 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 BOLSA EQUIVALE A DOSE TERAPÊUTICA 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 SANGÜINEA   | ±150 mL       | SANGRAMENTO ATIVO OU PREPARO PRÉ OPERATÓRIO NA DEFICIÊNCIA DE FATORES DE COAGULAÇÃO.   |
| CRIORECIPIANTO (CRIO)                    | 80 A 100 UI DE FATOR VIII, 20% A 30% DE FATOR XIII, 150 A 300 MG DE FIBRINOGENIO, 40% A 70% DE FATOR VON WILLEBRAND. | 10 - 20 mL    | REPOSIÇÃO DE FATOR VON WILLEBRAND (QUANDO O CONCENTRADO ESPECÍFICO NÃO É DISPONÍVEL) E DE FIBRINOGENIO.  |

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 retardo 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 afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde 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.



## 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 |     |
| ESTOQUE ATUAL   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | PLASMA FRESCO CONGELADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CRIOPRECIPITADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | OUTROS  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SOLICITADO  | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS DESLEUCOCITADA E IRRADIADA  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CONCENTRADO DE HEMÁCIAS IRRADIADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | PLASMA FRESCO CONGELADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | CRIOPRECIPITADO   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|   | OUTROS  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| JUSTIFICATIVA   | 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.<br>A JUSTIFICATIVA DEVERÁ SER FEITA PARA CADA GRUPO SANGUÍNEO ABO/RHD E TIPOS DE PRODUTOS SOLICITADOS CONFORME A TABELA NO VERSO.<br>A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS. |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AUTORIZAÇÃO   | AUTORIZO O SR. (A) _____ PORTADOR DO DOCUMENTO Nº _____<br>RECEBER E TRANSPORTAR OS HEMOCOMPONENTES ACIMA SOLICITADOS PARA ESTOQUE EM NOSSA UNIDADE, ASSUMINDO A INTEIRA RESPONSABILIDADE POR ESTE ATO.<br><br>DATA DO PEDIDO: ____/____/____ ASSINATURA/CARIMBO RESPONSÁVEL TÉCNICO _____  |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |
| HEMOCOMPONENTE  |   | GRUPO SANGUINEO: ABO/RhD |     |     |     |     |     |     |     | QTD |
|   |   | O                        |     | A   |     | B   |     | AB  |     |     |
|   |   | POS                      | NEG | POS | NEG | POS | NEG | POS | NEG |     |
| ATENDIDO  | 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.<br>A REQUISIÇÃO QUE NÃO FOR JUSTIFICADA NÃO SERÁ ATENDIDA PRIORITARIAMENTE E OS HEMOCOMPONENTES SOMENTE SERÃO LIBERADOS SE ESTIVEREM DISPONÍVEIS. |   |                          |     |     |     |     |     |     |     |     |

322  
 09



## 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   |         |      | Nº DO PRONTUÁRIO  | <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:   |         |      |   |  |  |   |
| ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO  |         |      |   |  |  |   |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |         |      |   |  |  |   |
| 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   |
|  |         |      |   |  |  |   |

| PRODUTO  | ABO/RhD | QTD  | INICIAIS DO PACIENTE  | MOTIVO   | DATA                                     | HORA  |
|--|---------|------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias   |         |      | Nº DO PRONTUÁRIO  | <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:   |         |      |   |  |  |   |
| ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO  |         |      |   |  |  |   |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |         |      |   |  |  |   |
| 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   |
|  |         |      |   |  |  |   |

| PRODUTO  | ABO/RhD | QTD  | INICIAIS DO PACIENTE  | MOTIVO   | DATA                                     | HORA  |
|--|---------|------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Concentrado de Hemácias   |         |      | Nº DO PRONTUÁRIO  | <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:   |         |      |   |  |  |   |
| ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO  |         |      |   |  |  |   |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |         |      |   |  |  |   |
| 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   |
|  |         |      |   |  |  |   |



## 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          |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>   | Pool de concentração de plaquetas |         |   |                      | <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>   |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| 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 Plaquetas          |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>   | Pool de concentração de plaquetas |         |   |                      | <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>   |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| 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 Plaquetas          |         |   | Nº DO PRONTUÁRIO     | <input type="checkbox"/>                 | Transfusão Imediata   |      |      |
| <input type="checkbox"/>   | Pool de concentração de plaquetas |         |   |                      | <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>   |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO |                                   |         |   |                      |  |   |      |      |
| 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:

| PRODOTO  | 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:

**ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO**

A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO

1º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      2º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      3º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO

| FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA |
|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
|             |      |      |             |      |      |             |      |      |

| PRODOTO  | 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:

**ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO**

A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO

1º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      2º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      3º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO

| FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA |
|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
|             |      |      |             |      |      |             |      |      |

| PRODOTO  | 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:

**ACOMPANHAMENTO DO ATENDIMENTO DA DISTRIBUIÇÃO**

A REQUISIÇÃO TERÁ VALIDADE DE 12 HORAS E DEVERÁ SER ANALISADA ATÉ O SEU COMPLETO ATENDIMENTO

1º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      2º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO      3º ATENDIMENTO COMPLETO  SIM  NÃO

| FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA | FUNCIONÁRIO | DATA | HORA |
|-------------|------|------|-------------|------|------|-------------|------|------|
|             |      |      |             |      |      |             |      |      |