

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ – HEMOPI	RHD
		REV. 03
	RELAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DEVOLVIDOS	PÁG 1/2

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (ou HOSPITAL) _____

Em caso de Hospitais sem Agências Transfusionais, por favor preencher o NOME COMPLETO do paciente no qual está se devolvendo os Hemocomponentes:

DATA DA DEVOLUÇÃO: ____ / ____ / ____

- Relacionar neste documento as bolsas não transfundidas e que serão devolvidas pela agência para o Hemocentro Coordenador.
- Preencher todos os campos, com letra de forma, com base nas informações do rótulo da bolsa.
- Especificar o hemocomponente devolvido e o motivo de devolução de acordo com os códigos descritos no verso desta folha.
- Encaminhar este documento juntamente com a(s) bolsa(s) física(s) devolvida(s) e não utilizada(s) em, **no máximo, 06 horas (no caso de Hospitais sem Agência Transfusional) ou 03 dias do prazo de validade (no caso de Agências Transfusionais localizadas na Capital - Teresina) ou 07 dias do prazo de validade (no caso de Agências Transfusionais localizadas no interior do Piauí).**
- Data da distribuição: data em que o hemocomponente foi retirado do Hemocentro Coordenador
- Data da Validade: data de validade da bolsa de hemocomponente
- Este documento deve estar obrigatoriamente preenchido frente e verso, no qual consta no verso da folha o FORMULÁRIO DE TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES.**

HC	Número da Bolsa	Código da Bolsa	ABO/Rh	Data da distribuição	Data da validade	Motivo da devolução

.....

Assinatura do Responsável

CÓD.	HEMOCOMPONENTE	CÓD.	HEMOCOMPONENTE
ST	Sangue total	HBF	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat) fenotipado
STP	Sangue total pediátrico	HFF	C.Hemácias filtrado e fenotipado
CHA	C. Hemácias de Doação Autóloga	HFFP	C.Hemácias filtrado e fenotipado pediátrico
CH	C. Hemácias	HFFL	C.Hemácias filtrado, fenotipado e lavado
CHP	C. Hemácias pediátrico	PFC	Plasma Fresco Congelado
CHB	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat)	PFCP	Plasma Fresco Congelado pediátrico
CHBP	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat) pediátrico	CRIO	Crioprecipitado
CHF	C. Hemácias filtrado	CP	C. Plaquetas
CHFP	C. Hemácias filtrado pediátrico	CPLB	C Plaquetas leucorreduzido (buffy coat)
CHL	C. Hemácias lavado	PPBF	Pool de plaquetas (buffy coat) filtrado
CHLP	C. Hemácias lavado pediátrico	PPFP	Pool de plaquetas (buffy coat) filtrado pediátrico
CHBV	C. Hemácias de baixo volume	CPAF	C. Plaquetas Aférese
CHFL	C. Hemácias filtrado e lavado	CPAP	C. Plaquetas Aférese pediátrico
HFE	C. Hemácias fenotipado		

MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO DE BOLSAS			
01	HEMÓLISE	06	BOLSA ROMPIDA
02	LIPEMIA	07	TRANSFUSÃO SUSPensa APÓS ABERTURA DE SISTEMA
03	FORA DO PRAZO DE VALIDADE	08	TRANSFUSÃO SUSPensa COM SISTEMA FECHADO ÍNTEGRO
04	TRANSPORTE INADEQUADO	09	HEMOCOMPONENTE NÃO UTILIZADO NO PERÍODO DE ESTOQUE NA AT OU DEVOLUÇÃO DE RESERVA CIRÚRGICA DE HOSPITAIS SEM AT
05	ARMAZENAMENTO INADEQUADO	10	OUTROS (ESPECIFICAR)

	CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ – HEMOPI	RTAHSSE
	REGISTRO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS	REV. 00
		PAG 2/2

1- IDENTIFICAÇÃO GERAL

Dados do Destinatário		Dados do Remetente
Nome:	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí -HEMOPI	
End.:	R. Primeiro de Maio, 235 - Centro (Sul)	
Setor:		
Fone:	(86) 3221-8320 / 3221-8319	()

2- PREPARO DA CAIXA

Especificação da Caixa				Categoria do Material Biológico Transportado	
	06 Litros		12 Litros		Categoria A UN2814
	14 Litros		45 Litros		Categoria B UN3373
	Outros:		66 Litros		Espécime Humana de Risco Mínimo
Temperatura na saída: _____(°C) no momento				Quantidade de Gelo Reciclável:_____ kg	
Termômetro: [] Laser [] Máx. e Mín.				Data:____/____/____ Horário:_____	
Código do termômetro:_____				Responsável:_____	

3- QUANTIDADES DO MATERIAL E CONDIÇÕES DE TRANSPORTE

Qtde.	Amostra para diagnóstico	Qtde.	Hemocomponentes/ Hemoderivados
	Sorologia (1 a 10°C)		CP e ST (20 a 24°C) p/ produção de CP
	Imunohematologia (1 a 10°C)		CH e ST (1 a 10°C)
	Hematologia (1 a 10°C)		PFC (≤ -5°C)
	NAT (1 a 10°C)		Fator de Coagulação (2 a 8°C)
	HLA (1 a 10°C) p/ Redome.		Fração de CH e PFC (1 a 10°C)

4- IDENTIFICAÇÃO DE TRANSPORTE

Tipo: [] Veículo Oficial [] Ônibus [] Aéreo [] Outros:
Intercorrências no Transporte? [] Sim [] Não Caso sim, especificar: _____ _____
Data ____/____/____ Horário: _____ Responsável: _____

5- RECEBIMENTO DA CAIXA

Temperatura na Chegada: Momento _____ °C. Máxima _____ °C. Mínima _____ °C.
Data ____/____/____ Horário: _____ Responsável: _____