

**CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI**

**RHD**

**REV. 04**

**RELAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES DEVOLVIDOS**

**PAG: 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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Relacionar neste documento as bolsas não transfundidas e que serão devolvidas pela agência para o Hemocentro Coordenador.
2. Preencher todos os campos, com letra de forma, com base nas informações do rótulo da bolsa.
3. Especificar o hemocomponente devolvido e o motivo de devolução de acordo com os códigos descritos no verso desta folha.
4. Encaminhar este documento juntamente com o(s) **CONCENTRADOS DE HEMACIAS** físico(s) devolvido(s) e não utilizado(s) em, **no máximo, 06 HORAS (no caso de Hospitais sem Agência Transfusional) ou 07 DIAS do prazo de validade (no caso de Agências Transfusionais localizadas na Capital – Teresina e Agências Transfusionais localizadas no interior do Piauí)**
5. Encaminhar este documento juntamente com o(s) **CONCENTRADOS DE PLAQUETAS** físico(s) devolvido(s) e não utilizado(s) em, **no máximo, 24 HORAS após serem liberadas pelo Hemocentro Coordenador (no caso de Agências Transfusionais localizadas na Capital - Teresina).**
6. Data da distribuição: data em que o hemocomponente foi retirado do Hemocentro Coordenador
7. Data da Validade: data de validade da bolsa de hemocomponente
8. **Este documento deve estar obrigatoriamente preenchido frente e verso, no qual consta no verso da folha o FORMULÁRIO DE TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES.**

| Tipo Hemocomponente | Número da Bolsa | ABO Rh(D) | Data da distribuição | Data da validade | Motivo da devolução |
|---------------------|-----------------|-----------|----------------------|------------------|---------------------|
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |
|                     |                 |           |                      |                  |                     |

Assinatura do Responsável

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

**MOTIVOS DE DEVOLUÇÃO DE BOLSAS**

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

**CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PIAUÍ - HEMOPI**

**RTAHSSE**

**REV. 02**

**REGISTRO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS, HEMOCOMPONENTES E  
HEMODERIVADOS**

**PAG: 2/2**

**1- IDENTIFICAÇÃO GERAL:**

**DADOS DO DESTINATÁRIO**

**DADOS DO REMETENTE**

|               |        |        |
|---------------|--------|--------|
| <b>Nome:</b>  |        |        |
| <b>End.:</b>  |        |        |
| <b>Setor:</b> |        |        |
| <b>Fone:</b>  | (    ) | (    ) |

**2- PREPARO DA CAIXA:**

| Especificação da Caixa                      |           |  |                   | Categoria do Material Biológico Transportado |                                 |
|---------------------------------------------|-----------|--|-------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
|                                             | 05 Litros |  | 06 Litros         |                                              | Categoria A UN2814              |
|                                             | 12 Litros |  | 14 Litros         |                                              | Categoria B UN3373              |
|                                             | 15 Litros |  | 45 Litros         |                                              | Espécime Humana de Risco Mínimo |
|                                             | 66 Litros |  | Outras Litragens: |                                              | Material Biológico Isento       |
| 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/EXSANGUINEO (1 a 10°C)        |
|       | Hematologia (1 a 10°C)      |       | PFC (≤ -5°C) e CRIOPRECIPITADO        |
|       | NAT (1 a 10°C)              |       | Fração de CH e PFC (1 a 10°C)         |
|       | HLA (1 a 10°C) p/ Redome.   |       | Procoagulante (2 a 8°C)               |

**4- IDENTIFICAÇÃO DE TRANSPORTE:**

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

**5- RECEBIMENTO DA CAIXA:**

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