

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 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).**
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
ST	Sangue total	HFE	C. Hemácias fenotipado
STP	Sangue total pediátrico	HBF	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat) fenotipado
CHA	C. Hemácias de Doação Autóloga	HFF	C. Hemácias filtrado e fenotipado
CH	C. Hemácias	HFFP	C. Hemácias filtrado e fenotipado pediátrico
CHP	C. Hemácias pediátrico	HFFL	C. Hemácias filtrado, fenotipado e lavado
CHB	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat)	PFC	Plasma Fresco Congelado
CHBP	C. Hemácias leucorreduzido (buffy coat) pediátrico	PFCP	Plasma Fresco Congelado pediátrico
CHF	C. Hemácias filtrado	CRIO	Crioprecipitado
CHFP	C. Hemácias filtrado pediátrico	CP	C. Plaquetas
CHFIP	C. Hemácias filtrado e irradiado 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

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

REV. 02

REGISTRO DE TRANSPORTE DE AMOSTRAS
HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

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	
	05 Litros		06 Litros		Categoria A UN2814
	12 Litros		14 Litros		Categoria B UN3373
	45 Litros		66 Litros		Espécime Humana de Risco Mínimo
	Outras Litragens:				Material Biológico Isento
Temperatura na saída: _____ (°C) no momento				Quantidade de Gelo Reciclável: _____ kg	
Termômetro: [] Laser [] Máx. e Mín.				Data:____/____/____	

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 ($\leq -5^{\circ}\text{C}$) 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 Caso sim, especificar:		
_____ _____ _____ Data ____/____/____ Horário: _____ Responsável: _____		

5- RECEBIMENTO DA CAIXA:

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