

ANEXO I
Ficha de Cadastro



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HEMORIO
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

FICHA DE CADASTRO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome da Instituição HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
CNPJ 42498717/0001-5 CNES 2270234
Endereço Avenida Lobo Júnior, 2293
Bairro Penha CEP 21270-260
Município Rio de Janeiro
Natureza da Instituição
 Pública Municipal Estadual Federal
 Conveniada ao SUS Data da Última Publicação em DO: ___/___/___
Diretor(a) da Instituição Marcel Augusto de Oliveira
E-mail marcel.oliveira@prosaude.org.br
Telefone da Direção 2334-7857 Ramal - FAX 2234-7843
Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia Katia Beatrice Lima Buratta
Especialidade do Médico Hemablogia / Hemotrapia
E-mail Katia buratta@gmail.com
Responsável Técnico Substituto —
Especialidade do Médico —
E-mail —
Telefone do Serviço de Hemoterapia 2234-7835 Ramal 359 FAX —
222

II - SERVIÇOS

Maternidade Centro Cirúrgico Terapia Intensiva Emergência Hemodiálise
Atendimento a paciente hematológico SIM NÃO

III - PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

Transusão Adultos Pediatria Neonatologia Ambulatório

Recebe sangue de terceiros SIM NÃO

Identificar

Distribui sangue para terceiros SIM NÃO

Identificar

Rio, 23/02/2017
dd/mm/aa

Assinatura
Nº do CRM do(a) Responsável Técnico(a)

Joceline Fabio Mews
Diretor de Operações

Assinatura
Nº do CRM ou RG do(a) Diretor(a) da Unidade /
Secretário(a) Municipal de Saúde

Daniilo Oliveira da Silva
Diretor de Desenvolvimento

ASSESSORIA HEMORREDE
Rua Frei Caneca, 8 - 8º andar - Sala 812 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20.211-030
Tel.: | Fax: 55 (21) 2332-8610
www.hemorio.rj.gov.br / e-mail: hemorrede@hemorio.rj.gov.br

ANEXO II
Solicitação Nominal de Hemocomponentes



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HEMORIO
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

REQUISIÇÃO NOMINAL DE HEMOCOMPONENTES

I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome _____ Sigla no HEMORIO _____
Endereço _____ Telefone _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo _____
Data de nascimento ____/____/____ Matrícula _____ SEXO () F () M PESO ____ Kg
Nacionalidade _____

III - INFORMAÇÕES SOBRE A TRANSUSÃO

1 - TIPO DE TRANSUSÃO GRUPO SANGÜÍNEO _____ FATOR RH _____
() Programada Reserva para o dia ____/____/____
() Rotina (a ser realizada dentro de 24 horas a partir do horário da solicitação)
() Urgente (a ser realizada dentro de 3 horas a partir do horário da solicitação)

() **EMERGÊNCIA** (o retardo na transfusão do ST ou CH pode acarretar risco para a vida do paciente).
AUTORIZO A EXPEDIÇÃO DA(S) UNIDADES DE SANGUE TOTAL E/OU CONCENTRADO(S) DE HEMÁCIA(S) SOLICITADA(S) SEM A FINALIZAÇÃO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS, JUSTIFICADA POR RISCO DE VIDA DO PACIENTE, CASO A TRANSUSÃO NÃO SEJA REALIZADA IMEDIATAMENTE.

Assinatura e CRM legível: _____

2 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

3 - INDICAÇÃO DA TRANSUSÃO _____

COMPONENTE(S) SOLICITADO(S) / DADOS LABORATORIAIS

COMPONENTE	QUANTIDADE OU VOLUME	DADOS LABORATORIAIS		DATA
		Ht	% ou Hb g/dL	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS				
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		Contagem de Plaquetas		
PLASMA FRESCO		TAP	PTT	
CRIOPRECITADO		Fibrinogênio		

PROCEDIMENTO ESPECIAL: () Lavado () Filtrado () Irradiado () Fracionamento Pediátrico _____ ml

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura/CRM: _____

1 - A AMOSTRA DO PACIENTE, deve ser coletada em tubo com EDTA para realização dos TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

1.1 - A AMOSTRA deve ser coletada na MESMA DATA do envio da solicitação da transfusão.

1.2 - A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA deve conter: NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURAS), MATRÍCULA OU REGISTRO NA UNIDADE DE SAÚDE, DATA DE COLETA, RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELA COLETA.

POR MEDIDA DE SEGURANÇA, AS REQUISIÇÕES E/OU AMOSTRAS INCOMPLETAS, INADEQUADAMENTE IDENTIFICADAS OU ROTULADAS, COM DIVERGÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO OU DE GRUPO SANGÜÍNEO/FATOR Rh EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO OU AO CADASTRO DO PACIENTE SERÃO DESCARTADAS, DEVENDO SER ENVIADA NOVA AMOSTRA PARA A LIBERAÇÃO DO COMPONENTE.

SEÇÃO DE CONSERVAÇÃO E EXPEDIÇÃO
Rua Frei Caneca, 3 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20211-030
Tel.: (21) 2505-6750 ou 2505-0750 Ramal 2271 - Tel.: / Fax: (21) 2332-8627 - www.hemorio.rj.gov.br
sco@hemorio.rj.gov.br

Q 077

ANEXO III
Requisição de Estudo Imuno-hematológico



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HEMORIO
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI

REQUISIÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO

I - IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome _____ Sigla no HEMORIO _____
Endereço _____ Telefone _____
Município _____ Telefone do médico solicitante _____

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo _____
Nº CNS _____ Data de nascimento ____/____/____ SEXO () F () M PESO ____ Kg
Matrícula _____ Raça: () Branco () Preto () Pardo () Indeterminado () Indígena Etnia: _____
Nacionalidade _____

III - DADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

1 - DATA DA ÚLTIMA TRANSFUSÃO ____/____/____ GRUPO SANGUÍNEO _____ FATOR RH _____

2 - DIAGNÓSTICO _____

3 - DADOS LABORATORIAIS Ht _____ % ou Hb _____ g/dL DATA: ____/____/____

4 - Histórico Imuno-hematológico: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura/CRM: _____

A REALIZAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO É EFETUADA MEDIANTE PRÉVIO CONTATO DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE JUNTO AO LABORATÓRIO DE IMUNOGENÉTICA DO HEMORIO
- Telefone para contato: (21) 2505-0750 - 2505-6750 R-2317.
- Horário para recebimento das amostras: 2ª a 6ª feira, 8h às 12h.
O recebimento de amostras fora do período estabelecido está condicionado a autorização pela Seção de Imunogenética.

É OBRIGATÓRIO INFORMAR A DATA DE NASCIMENTO E NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PACIENTE NESTA REQUISIÇÃO.

A REALIZAÇÃO DE ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO É CONDICIONADA AO ENVIO DE AMOSTRAS DO PACIENTE.

Para a realização do estudo imunoematológico é obrigatório o envio de DUAS AMOSTRAS do paciente coletadas em TUBO COM EDTA
1.1 - QUANTO À COLETA: deve ser realizada na mesma data do envio da solicitação do estudo; na impossibilidade do envio das amostras na data da coleta, separar o plasma e hemácias; congelar o plasma e manter as hemácias nos tubos originais em temperatura = 4° C; enviar as amostras separadas (plasma e hemácias) ao HEMORIO no prazo máximo de 72 horas após a coleta.

1.2 - A IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA deve conter: NOME COMPLETO DO PACIENTE (SEM ABREVIATURAS), MATRÍCULA OU REGISTRO NA UNIDADE DE SAÚDE, DATA DE COLETA, RUBRICA DO RESPONSÁVEL PELA COLETA.

POR MEDIDA DE SEGURANÇA, AS REQUISIÇÕES E/OU AMOSTRAS INCOMPLETAS, INADEQUADAMENTE IDENTIFICADAS OU ROTULADAS, COM DIVERGÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO OU DE GRUPO SANGUÍNEO/FATOR Rh EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO OU AO CADASTRO DO PACIENTE NO HEMORIO SERÃO DESCARTADAS, DEVENDO SER ENVIADA NOVA AMOSTRA PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO IMUNO-HEMATOLÓGICO.

RESULTADO DO ESTUDO

O prazo para a emissão do laudo é de 7 (sete) dias úteis, contados a partir da data da entrega da amostra. A impressão do laudo será efetuada somente mediante solicitação do requisitante (confirmar previamente a conclusão do estudo junto à Seção de Imunogenética). Retirar o laudo na Expedição, nos seguintes horários: 2ª a 6ª feira, das 8 h às 12 h.

Seção de Imunogenética
Rua Frei Caneca, 8, 2º andar - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20211-030
Tel.: (21) 2505-6750 ou 2505-0750 Ramal 2317 - www.hemorio.rj.gov.br
imuno.paciente@hemorio.rj.gov.br

ANEXO IV
Identificação do Tubo com Amostra de Sangue do Paciente para a
Realização de Testes Pré-Transfusionais
e/ou Estudo Imuno-Hematológico

