

RESOLUÇÃO SES Nº 2506, DE 13 DE SETEMBRO DE 2010.

O Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - SES/SUS/MG, no uso de suas atribuições e considerando:

- a Lei Federal nº 10.205, de 21 de março de 2001, que regulamenta o SS 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências;

- a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 153, de 14 de junho de 2004, que Determina o regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo que todos os serviços de hemoterapia devem ter contrato de fornecimento de hemocomponentes dos hospitais e que os profissionais dos hospitais devem ser treinados por serviço de referência em hemoterapia;

- Deliberação CIB-MG n.º 031, de 26 de julho de 1999, que estabelece sob a gestão do Estado a formulação, execução da política, programação e gestão dos recursos de Hemoterapia no Estado de Minas Gerais.

- as decisões da Câmara Técnica de Hemoterapia, em 27/05/2010, dos modelos de livros de registro de hemocomponentes.

Resolve:

Art. 1º - Ficam aprovados os modelos de livros de registro a serem adotados pelos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, para registro dos procedimentos de hemoterapia, conforme anexos de I a VI desta Resolução:

SS 1º - O Livro de registro de Prova de Compatibilidade é de uso interno da Fundação Hemominas.

SS 2º - As Agências Transfusionais - AT adotarão os seguintes livros:

I - Livro de registro de entrada de Hemocomponentes

II - Livro de registro de amostras de receptores

III - Livro de registro de Prova de compatibilidade

IV - Livro de registro de transfusão

V - Livro de registro de ocorrências

SS 3º - As Assistência Hemoterápicas AH adotarão os seguintes livros:

I - Livro de registro de entrada de Hemocomponentes

II - Livro de registro de transfusão

III - Livro de registro de ocorrências

SS 4º - O livro de registro de Prova de compatibilidade contempla os registros do livro de transfusão para o caso das agências transfusionais.

Art. 2º - Caberá à Vigilância Sanitária - VISA a fiscalização da implantação e utilização dos livros de registro de procedimentos de hemoterapia.



|                  |      |                |         |             |                    |                |        |             |                                 |      |             |             |  |
|------------------|------|----------------|---------|-------------|--------------------|----------------|--------|-------------|---------------------------------|------|-------------|-------------|--|
| ponentes AT e AH |      |                |         |             |                    |                |        |             |                                 |      |             |             |  |
| 1                | 2    | 3              | 4       | 5           | 6                  | 7              | 8      | 9           | 10                              | 11   | 12          | 13          |  |
| Entrada          |      |                |         |             |                    |                |        |             | Destino                         |      |             |             |  |
| Nº de entrada    | Data | Hemocomponente | ABO/RhD | Nº da bolsa | Iniciais do doador | Data da coleta | Volume | Responsável | Hospital/fracionamento/desprezo | Data | Responsável | Responsável |  |
|                  |      |                |         |             |                    |                |        |             |                                 |      |             |             |  |
|                  |      |                |         |             |                    |                |        |             |                                 |      |             |             |  |

|    |         |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---------|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1  | Entrada | Nº de entrada                   | Número sequencial  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  |         | Data                            | Data da entrada do hemocomponente  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3  |         | Hemocomponente                  | Nome do hemocomponente   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4  |         | ABO/RhD                         | Classificação ABO/Rh da bolsa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5  |         | Nº da bolsa                     | Número do hemocomponente   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6  |         | Iniciais do doador              | Iniciais do doador   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7  |         | Data da coleta                  | Data da coleta da bolsa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8  |         | Volume                          | Volume da bolsa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9  |         | Responsável                     | Responsável pela recepção da bolsa   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Destino | Hospital/fracionamento/desprezo | Destino da bolsa - que pode ser transfusão (hospital), fracionamento ou desprezo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |         | Data                            | Data da saída da bolsa   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |         | Responsável                     | Responsável pelo destino da bolsa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |         | Responsável                     | Responsável pelo processo  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ANEXO III DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SES N.º2506 , DE 13 DE SETEMBRO DE 2010

|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
|---|---------------------|-------------------|-------------------------|---------------|---------|---------|-----|---------------------------|------------------|-------------|--|
| Livro de registro de amostras de receptores |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
| 1   | 2                   | 3                 | 4                       | 5             | 6       | 7       | 8   | 9                         | 10               | 11          |  |
|   | Amostra do receptor |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
| Nº de ordem                                 | Data                | Hora da chegada   | Responsável pela coleta | Nome Paciente | ABO/RhD | Dfranco | PAI | Responsável pelo registro | Data de descarte | Observações |  |
|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
|   |                     |                   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
| 1   | Nº de ordem         | Número seqüencial |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |
| 2   | Data                | Data de entrada   |                         |               |         |         |     |                           |                  |             |  |

|    |                           |  |  |  |  |
|----|---------------------------|--|--|--|--|
|    |                           | da amostra                                   |  |  |  |
| 3  | Hora da chegada           | Hora da chegada da amostra                   |  |  |  |
| 4  | Responsável pela coleta   | Nome do responsável pela coleta              |  |  |  |
| 5  | Nome Paciente             | Nome completo do paciente                    |  |  |  |
| 6  | ABO/RhD                   | Classificação ABO/RhD do paciente            |  |  |  |
| 7  | Dfraco                    | Resultado do D fraco                         |  |  |  |
| 8  | PAI                       | Resultado da Pesquisa de anticorpo irregular |  |  |  |
| 9  | Responsável pelo registro | Responsável pelo registro da amostra         |  |  |  |
| 10 | Data de descarte          | Data do descarte da amostra                  |  |  |  |
| 11 | Observações               | Observações gerais                           |  |  |  |

ANEXO IV DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SES N.º2506 , DE 13 DE SETEMBRO DE 2010  
LIVRO DE REGISTRO DE PROVA DE COMPATIBILIDADE

| 1                    | 2    | 3                | 4                | 5         | 6        | 7         | 8    | 9        | 10  | 11     | 12 | 13  | 14             |    |        |
|----------------------|------|------------------|------------------|-----------|----------|-----------|------|----------|-----|--------|----|-----|----------------|----|--------|
| Número de transfusão | Data | Nome do paciente | Nº do prontuário | Categoria | Hospital | Ala/Leito | Hora | Receptor |     |        |    |     | Hemocomponente |    |        |
|                      |      |                  |                  |           |          |           |      | ABO/Rh   | PAI |        |    |     |                |    |        |
|                      |      |                  |                  |           |          |           |      |          | I   |        | II |     |                |    |        |
|                      |      |                  |                  |           |          |           |      |          | TA  | AGH    | TA | AGH |                |    |        |
|                      |      |                  |                  |           |          |           |      |          |     |        |    |     |                |    |        |
|                      |      |                  |                  |           |          |           |      |          |     |        |    |     |                |    |        |
| 15                   | 16   | 17               | 18               | 19        | 20       | 21        | 22   | 23       | 24  | 25     | 26 | 27  | 28             | 29 | 30     |
| Volu                 | Nº   | Doado            | Prova            |           |          | VAG       |      | Técnic   | Mé  | Entreg |    |     | Devolvido/c    |    | Observ |

| me | da | or      | Cruza |      | H   |     | o      | dic | a      |    |    | ancelado |    | ações |
|----|----|---------|-------|------|-----|-----|--------|-----|--------|----|----|----------|----|-------|
|    |    |         |       |      |     |     | respon | o   |        |    |    |          |    |       |
|    |    |         |       |      |     |     | sável  |     |        |    |    |          |    |       |
|    |    | ABO/RhD | TA    | 37°C | AGH | PAI | PC     |     | Respo  | D  | Ho | Data     | Ho |       |
|    |    |         |       |      |     |     |        |     | nsável | at | ra |          | ra |       |
|    |    |         |       |      |     |     |        |     |        | a  |    |          |    |       |
|    |    |         |       |      |     |     |        |     |        |    |    |          |    |       |
|    |    |         |       |      |     |     |        |     |        |    |    |          |    |       |

- 1 Número da transfusão Número sequencial
- 2 Data Data da realização da Prova cruzada
- 3 Nome do paciente Nome completo sem abreviatura
- 4 N° do prontuário Número de registro do prontuário
- 5 Categoria Tipo de atendimento (SUS, convênio, etc)
- 6 Hospital Nome do hospital
- 7 Ala/Leito Localização do paciente no hospital
- 8 Hora Hora da realização da Prova cruzada
- 9 ABO/Rh Resultado da classificação ABO/Rh do receptor
- 10 TA Resultado da PAI - tubo I - temperatura ambiente
- 11 AGH Resultado da PAI - tubo I - fase de anti-globulina
- 12 TA Resultado da PAI - tubo II - temperatura ambiente
- 13 AGH Resultado da PAI - tubo II - fase de anti-globulina
- 14 Hemocomponente Nome do hemocomponente a ser transfundido
- 15 Volume Volume do hemocomponente a ser transfundido
- 16 Número da bolsa Número do hemocomponente a se transfundido
- 17 ABO/Rh Resultado da classificação ABO/Rh dda bolsa
- 18 TA Resultado da PC - temperatura ambiente
- 19 37°C Resultado da PC deg.-37deg.C
- 20 AGH Resultado da PC - fase de anti-globulina
- 21 VAGH - PAI Validação da anti-globulina humana na PAI
- 22 VAGH - PC Validação da anti-globulina humana na PC

23 Entrega Responsável Nome do responsável pela entrega do hemocomponente

24 Entrega Data Data da entrega do hemocomponente

25 Entrega Hora Hora da entrega do hemocomponente

26 Devolvido/cancelado - Data Data da devolução do hemocomponente

27 Devolvido/cancelado - Hora Hora da devolução do hemocomponente

28 Técnico responsável Nome do técnico responsável pela realização PC

29 Médico Nome do médico responsável pela liberação

30 Observações Observações gerais

ANEXO V DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SES N.º 2506, DE 13 DE SETEMBRO DE 2010

LIVRO DE REGISTRO DE TRANSFUSÃO DE AH

| 1                  | 2              | 3                         | 4               | 5                   | 6                 | 7                          | 8              | 9   | 10      | 11     | 12     | 13      | 14           |
|--------------------|----------------|---------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|----------------------------|----------------|---|---------|--------|--------|---------|--------------|
|                    | Receptor       |                           |                 |                     |                   |                            | Hemocomponente |   |         |        | Médico |         |              |
| Número de ordem    | Data           | Nome                      | ABO/RhD         | No Prontuário       | Categoria         | Ala/leito                  | Hemocomponente | No Bolsa                                    | ABO/RhD | Volume | Nome   | Clínica | Procedimento |
|                    |                |                           |                 |                     |                   |                            |                |   |         |        |        |         |              |
|                    |                |                           |                 |                     |                   |                            |                |   |         |        |        |         |              |
| 15                 | 16             | 17                        | 18              | 19                  | 20                | 21                         | 22             | 23  |         |        |        |         |              |
| Liberação da bolsa |                | Transfusão/Hemovigilância |                 |                     |                   |                            |                |   |         |        |        |         |              |
| Hora               | Responsável    | Horário início            | Horário término | Temperatura inicial | Temperatura final | Reação transfusional (S/N) | Responsável    | Observação                                  |         |        |        |         |              |
|                    |                |                           |                 |                     |                   |                            |                |   |         |        |        |         |              |
|                    |                |                           |                 |                     |                   |                            |                |   |         |        |        |         |              |
| 1                  | Receptor       |                           |                 |                     | Número de ordem   |                            |                | Número sequencial                           |         |        |        |         |              |
| 2                  |                |                           |                 |                     | Data              |                            |                | Data da entrega do hemocomponente na AH     |         |        |        |         |              |
| 3                  |                |                           |                 |                     | Nome              |                            |                | Nome do receptor                            |         |        |        |         |              |
| 4                  |                |                           |                 |                     | ABO/RhD           |                            |                | Classificação ABO/RhD do receptor           |         |        |        |         |              |
| 5                  |                |                           |                 |                     | No do prontuário  |                            |                | Número de registro de prontuário            |         |        |        |         |              |
| 6                  |                |                           |                 |                     | Categoria         |                            |                | Tipo de atendimento (SUS, convênio, etc)    |         |        |        |         |              |
| 7                  |                |                           |                 |                     | Ala/leito         |                            |                | Localização do paciente no hospital         |         |        |        |         |              |
| 8                  | Hemocomponente |                           |                 |                     | Hemocomponente    |                            |                | Nome do hemocomponente a ser transfundido   |         |        |        |         |              |
| 9                  |                |                           |                 |                     | No da Bolsa       |                            |                | Número do hemocomponente a ser transfundido |         |        |        |         |              |
| 10                 |                |                           |                 |                     | ABO/RhD           |                            |                | Resultado da classificação ABO/RhD da bolsa |         |        |        |         |              |

|    |                           |                            |   |
|----|---------------------------|----------------------------|---|
| 11 |                           | Volume                     | Volume do hemocomponente a ser transfundido       |
| 12 | Médico                    | Nome                       | Nome do médico solicitante da transfusão          |
| 13 |                           | Clínica                    | Clínica responsável                               |
| 14 |                           | Procedimento               | Procedimento médico que o paciente será submetido |
| 15 | Liberação da bolsa        | Hora                       | Hora da liberação da bolsa                        |
| 16 |                           | Responsável                | Responsável pela liberação da bolsa               |
| 17 | Transfusão/hemovigilância | Horário início             | Horario de início da transfusão                   |
| 18 |                           | Horário término            | Horario de término da transfusão                  |
| 19 |                           | Temperatura inicial        | Temperatura do paciente no início da transfusão   |
| 20 |                           | Temperatura final          | Temperatura do paciente no final da transfusão    |
| 21 |                           | Reação transfusional (S/N) | Presença de reação transfusional (sim ou não)     |
| 22 |                           | Responsável                | Responsável pela informação                       |
| 23 |                           | Observação                 | Observações gerais                                |

ANEXO VI DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO SES N.º 2506 , DE 13 DE SETEMBRO DE 2010

|                                  |      |            |                              |  |
|----------------------------------|------|------------|------------------------------|--|
| Livro de registro de Ocorrências |      |            |                              |  |
| 1                                | 2    | 3          | 4                            | 5                                      |
| Número de ordem                  | Data | Ocorrência | Responsável pela notificação | Visto e ação pelo responsável do setor |
|                                  |      |            |                              |  |
|                                  |      |            |                              |  |

|   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| 1 | Número de ordem | Número sequencial                       |
| 2 | Data            | Data da ocorrência                      |
| 3 | Ocorrência      | Descrição da ocorrência                 |
| 4 | Responsável     | Responsável pelo registro da ocorrência |
| 5 | Visto           | Visto do responsável                    |