



RELATÓRIO MENSAL DE  
ACOMPANHAMENTO  
**JUNHO DE 2025**



**SUMÁRIO**
**APRESENTAÇÃO**

5

**UNIDADE HEMOSE**

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SUPERVISÃO E ASSESSORIA TÉCNICA DA HEMORREDE ESTADUAL PÚBLICA E PRIVADA                        | 11 |
| AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS - IMUNOHEMATOLOGIA                                                     | 11 |
| CAPTAÇÃO, CADASTRAMENTO E COLETA DE SANGUE DOS CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE E DE MEDULA ÓSSEA | 12 |
| TRIAGEM LABORATORIAL - SOROLOGIA DO DOADOR                                                     | 13 |
| SOROLOGIA DE REPETIÇÃO                                                                         | 13 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – LABORATÓRIO DE APOIO                  | 13 |
| IMUNOHEMATOLOGIA DO DOADOR                                                                     | 15 |
| IMUNOHEMATOLOGIA DO RECEPTOR                                                                   | 15 |
| PRODUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES - PRODUÇÃO                                                | 16 |
| PLASMA EXCEDENTE                                                                               | 16 |
| DISPENSACÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - DISPENSACÃO                           | 16 |
| APLICAÇÃO TERAPÊUTICA DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS E EXTRAÇÃO TERAPÊUTICA     | 17 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – AMBULATÓRIO                           | 18 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – FISIOTERAPIA                          | 18 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – ODONTOLOGIA                           | 18 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – PSICOLOGIA                            | 18 |
| ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – SERVIÇO SOCIAL                        | 19 |
| ASSISTÊNCIA AO DOADOR CONVOCADO E AOS PACIENTES EM USO DE D.D.U. (DOSE DOMICILIAR DE URGÊNCIA) | 19 |
| DISPENSACÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - AMBULATÓRIO                           | 19 |

**UNIDADE LACEN**

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| COORDENAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA - REDELAB-SE                                                               | 23 |
| MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE IST/AIDS/HEPATITES VIRAIS                                                                                   | 24 |
| LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA                                                  | 25 |
| LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – LABORATÓRIO DE APOIO                                                    | 25 |
| LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MICROBIOLOGIA                                                           | 25 |
| PROTEGE I                                                                                                                                | 27 |
| PROTEGE II                                                                                                                               | 27 |
| DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA                                                  | 28 |
| DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – MICROBIOLOGIA                                                           | 28 |
| DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – ENTOMOLOGIA, PARASITOLOGIA E ZOONOSE                                    | 29 |
| SERVIÇO DE DIAGNOSE DE INTOXICAÇÕES OCUPACIONAIS – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA                                                                | 30 |
| SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO E AVALIAÇÃO TOXICOLÓGICA                                                                                         | 31 |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE – AGROTOXICOS EM ÁGUA                                                                                                | 31 |
| SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL – VIGIAGUA                                                                                      | 33 |
| SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL – VIGIAR                                                                                        | 33 |
| SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS                                                                                           | 34 |
| SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA DAS ZOONOSES E FATORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA                              | 35 |
| SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA DAS ZOONOSES E FATORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS – ENTOMOLOGIA, PARASITOLOGIA E ZOONOSE                | 35 |
| VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA DIÁLISE                                                                                             | 36 |
| VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE                                                                             | 36 |
| SOROLOGIA DOS DOADORES DE ÓRGÃOS                                                                                                         | 37 |
| SOROLOGIA DOS RECEPTORES DE ÓRGÃOS                                                                                                       | 37 |
| COLETA DE MATERIAL                                                                                                                       | 38 |
| INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – COLETA DE AMOSTRAS      | 39 |
| INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – LABORATÓRIO DE PRODUÇÃO | 39 |

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO<br>COMPULSÓRIA – REDELAB | 39 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## **UNIDADE SVO**

|          |    |
|----------|----|
| PRODUÇÃO | 43 |
|----------|----|

## **ANEXOS**

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| RELATÓRIOS DE MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS QUE UTILIZAM HEMOCOMPONENTES | 47 |
| DISPENSAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES POR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - ESTOQUE    | 83 |
| DISPENSAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES POR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - PRONTO USO | 85 |
| DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES POR MOTIVO                                | 87 |
| CONSOLIDADO DO COAGULOPATIAS WEB                                      | 89 |
| REAÇÕES TRANSFUSIONAIS - HEMOSE                                       | 91 |
| CONSOLIDADO DAS AÇÕES REFERENTES À REDELAB                            | 92 |



## **APRESENTAÇÃO**

### **Histórico**

A Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH) foi criada em 02 de janeiro de 2008 através da Lei nº 6.346, como parte do projeto de Reforma Sanitária do Estado de Sergipe.

Fazem parte desta Fundação o extinto HEMOLACEN (Hemocentro do Estado de Sergipe – HEMOSE e o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN) e o Serviço de Verificação de Óbitos do Estado de Sergipe - SVO.

### **Serviços prestados nas unidades**

Os serviços de saúde prestados pela Fundação são organizados em conformidade com as diretrizes e normas do sistema único de Saúde – SUS, devendo servir de campo de prática para ensino e pesquisa na área de saúde.

A FSPH possui três unidades que desenvolvem e oferecem produtos e serviços de alta especificidade: a unidade HEMOSE é a gerenciadora das atividades relacionadas ao sangue que, por lei, é produto considerado de Segurança Nacional; o LACEN executar as mais diversas análises de interesse em saúde pública, fazendo parte integrante da Vigilância em Saúde; e o SVO serviço especializado em investigação de óbitos (SVO).

Estão sob gestão da FSPH todos os aspectos legais relacionados às suas atividades, sendo aplicáveis aos seus responsáveis de modo direto as punições provenientes de infrações destas leis, entre elas a Portaria Consolidada do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 05, de 28 de setembro de 2017, que regula as atividades hemoterápicas em território Nacional, Portaria Consolidada do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 06, de 29 de setembro de 2017 - consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Sendo serviços de alta especificidade e complexidade, cada uma das unidades operacionais obedece a regulamentações distintas, sob controle periódico do Ministério da Saúde no exercício e obediência aos seus critérios.

Entre outras, por força de lei, estão elencadas as seguintes obrigações:

- Existência de Sistema de Gestão da Qualidade;
- Gestão de Equipamentos;
- Obediência ao cumprimento de procedimentos gerenciais de avaliação e qualificação de fornecedores;

O Centro de Hemoterapia de Sergipe tem como finalidade a promoção, o desempenho e a expansão das atividades de hemoterapia e hematologia, na execução da política de saúde do governo estadual. Alguns serviços prestados são:

- Captação e coleta de sangue de doadores;
- Processamento e produção de hemocomponentes;
- Fornecimento de hemocomponentes para toda a rede hospitalar pública e privadas contratadas;
- Qualificação e monitoramento de toda a rede de serviços de hemoterapia do Estado de Sergipe (públicos e privados), através do PEQH – Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede;
- Atendimento ambulatorial e procedimentos terapêuticos multidisciplinares a pacientes portadores de doenças benignas do sangue.

O Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Sergipe atende a comunidade através da execução de análises, que irão subsidiar as Vigilâncias em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador). Entre outras, são suas atividades:

- Coordenar a rede de laboratórios públicos que realizam análises de interesse em Saúde Pública;
- Capacitar recursos humanos;
- Habilitar Laboratórios para integrar a Rede Estadual
- Realizar análises de média e alta complexidade;
- Complementar diagnósticos;
- Controlar a qualidade das análises da rede de laboratórios de Saúde Pública em todo o Estado de Sergipe;
- Produção de insumos estratégicos distribuídos para toda a rede estadual de laboratórios de Saúde Pública.
- Encaminhar amostras para complementação de diagnósticos para Laboratórios de Referência Regional e Nacional.

O SVO tem a finalidade de implementar a prestação, operacionalização, execução e desenvolvimento de ações, 24 horas por dia, todos os dias da semana, criando mecanismos para oferecer condições técnicas e de infraestrutura para a realização dos procedimentos de investigação diagnóstica e definição etiológica da causa morte de acordo com as Políticas Nacional e Estadual de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e o prescrito pela legislação vigente.



**RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES**

|                               |                                                                |  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|
| Fernanda Kelly Fraga Oliveira | Superintendente do Hemose                                      |  |
| Richer Mota da Silva          | Coordenação Técnica                                            |  |
| Rozeli Dantas Azevedo Moura   | Gerente da Gestão de Ações Estratégicas                        |  |
| Florita Moura de Aquino       | Gerente da Gestão de Coleta                                    |  |
| Juliana Silva Nascimento      | Gerente da Gestão de Diagnósticos e Apoio Terapêutico          |  |
| Mariamália Newton Andrade     | Gerente da Gestão de Hemorrede                                 |  |
| Ana Paula Barreto Prata Silva | Gerente do Gestão de Imunohematologia                          |  |
| Inês Santana Teles Sanjuan    | Gerente da Gestão de Laboratórios Analíticos                   |  |
| Brenna Loreny Santos Chagas   | Gerente da Gestão de Produção e Dispensação de Hemocomponentes |  |

|                                                 |                                                            |  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| Cliomar Alves dos Santos                        | Superintendente do Lacen                                   |  |
| Aline Rafaelle Rocha Almeida de Azevedo Marinho | Responsável Técnico do Lacen                               |  |
| Sandra Maria Araújo Menezes Cavalcante          | Gerente da Gestão de Coleta e Recepção de Amostras         |  |
| Antônio Augusto Vieira de Almeida               | Gerente da Gestão de Diagnósticos de Produto e Amostras    |  |
| Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra              | Gerente da Gestão de Imunologia e Biologia Molecular       |  |
| Lucyano Renovato Jacob                          | Gerente da Gestão de Microbiologia                         |  |
| Tania Maria Barbosa de Almeida                  | Gerente da Gestão de Produção de Insumos Estratégicos      |  |
| Karine Dantas Moura                             | Gerente da Gestão de Zoonoses, Entomologia e Parasitologia |  |
| Silvia Virgínia Barreto Cruz                    | Gestão da REDELAB                                          |  |

|                                    |                        |  |
|------------------------------------|------------------------|--|
| Patrícia Ribeiro de Araújo Barroso | Superintendente do SVO |  |
|------------------------------------|------------------------|--|

**ANÁLISE E CONSOLIDAÇÃO**

|                        |                                                             |  |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|--|
| Weber de Santana Teles | Coordenador do Núcleo de Gestão da Qualidade e Planejamento |  |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|--|



**HEMOSE**



|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: HEMOSE | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|-----------------|------------|-----------|

**SUPERVISÃO E APOSSORIA TÉCNICA DA HEMORREDE ESTADUAL PÚBLICA E PRIVADA**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                    | METAS                                               | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANUAL                                               |          |                                              |
| Monitorar os serviços públicos e privados que fazem parte da Hemorrede Estadual                                                                                                                                                                                                              | 100% dos serviços                                   | 4        |                                              |
| Acompanhar e atender aos contratos de fornecimento de sangue com os serviços que utilizam hemocomponentes/hemoderivados do Hemocentro Coordenador                                                                                                                                            | 100% dos serviços que estão com contratos assinados | 11       | Apenas 11 com contratos assinados e vigentes |
| Assessorar a implantação dos Comitês Transfusionais dos serviços hospitalares com AT's                                                                                                                                                                                                       | 100% dos serviços que solicitarem assessoramento    | 0        | Sem demanda no período                       |
| Contribuir na implantação/ implementação da gestão de qualidade nas AT's públicas sob monitoramento técnico da FSPH                                                                                                                                                                          | 100% dos serviços que solicitarem a contribuição    | 7        |                                              |
| Contribuir durante a implantação de software pela tecnologia da informação da FSPH, monitorando e orientando aos funcionários junto a TI quanto a importância da fidedignidade dos dados nas AT's públicas definidas pela FSPH, visando controle efetivo do estoque e uso racional do sangue | 100% dos serviços implantados                       | 0        | Aguardando implantação do software           |
| Elaborar o programa anual de capacitação e educação continuada para hemorrede estadual para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, biomédicos, e, técnicos de laboratório quanto as práticas seguras da transfusão sanguínea                                                         | 90% dos serviços com oferta de capacitação          | 1        | Programa elaborado em andamento              |
| Prestar assistência técnico-científica na implantação/implementação dos serviços que compõem a Hemorrede Estadual                                                                                                                                                                            | 100% dos serviços que solicitarem a assistência     | 6        | Atividade sob demanda                        |

**AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS - IMUNOHEMATOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                  | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                            | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | 3.000  | 250    | 943      |             |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH -HR              | 840    | 70     | 1.369    |             |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)      | 10.200 | 850    | 936      |             |
| 02.12.01.002-6 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I                | 25.200 | 2.100  | 1.823    |             |
| 02.12.01.003-4 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II               | 18.000 | 1.500  | 1.502    |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

Mariamália Newton Andrade  
 Gestão da Hemorrede  
 HEMOSE/FSPH

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: HEMOSE | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|-----------------|------------|-----------|

**CAPTAÇÃO, CADASTRAMENTO E COLETA DE SANGUE DOS CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE E DE MEDULA ÓSSEA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                        | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                                                  | ANUAL  | MENSAL |          |                                                                                                                                                      |
| 01.01.01.002-8 | ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                               | 96     | 8      | 13       |                                                                                                                                                      |
| 03.06.01.001-1 | COLETA DE SANGUE PARA TRANSFUSÃO                                                                 | 26.400 | 2.200  | 2.163    |                                                                                                                                                      |
|                | OFERTA DE LANCHE AO DOADOR                                                                       | 70.200 | 5.850  | 3.760    |                                                                                                                                                      |
| 03.06.01.002-0 | COLETA DE SANGUE PARA TRANSFUSÃO (COM PROCESSADORA AUTOMÁTICA)                                   | 540    | 45     | 16       |                                                                                                                                                      |
|                | PLAQUETAFÉRESE                                                                                   | 300    | 25     | 7        |                                                                                                                                                      |
|                | PLASMAFÉRESE                                                                                     | 240    | 20     | 9        |                                                                                                                                                      |
| 03.06.01.003-8 | TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR DE SANGUE                                                              | 32.400 | 2.700  | 2.766    |                                                                                                                                                      |
| 05.01.01.001-7 | COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO PARA EXAME DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME) | 3.468  | 289    | 207      | Foram realizados 198 novos cadastros e 09 solicitações de 2ª amostra pelo REDOME INCA. A redução da idade contribuiu para menor número de cadastros. |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                           | METAS    | TEMPO MÉDIO | INTERVALO    |              | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|--------------|--------------|-------------|
|                                                                                     | ANUAL    |             | TEMPO MÍNIMO | TEMPO MÁXIMO |             |
| Tempo de Permanência do Candidato à Doação desde o Registro à Liberação após Coleta | 01:30:00 | 01:02:00    | 00:17:00     | 03:41:00     |             |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                              | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                        | ANUAL | MENSAL |          |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AGENDAMENTO E ACOLHIMENTO DE GRUPOS EM CAMPANHA. DE DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA    | 240   | 20     | 27       | Foram agendadas 27 campanhas, 02 canceladas.                                                                                                                                                                                                                              |
| PARTICIPAÇÃO EM COLETA EXTERNA PARA DOAÇÃO DE SANGUE E REDOME                          | 24    | 2      | 6        | SMS Simão Dias (Doação de sangue e REDOME), Prefeitura de Riachão do Dantas (Doação de sangue e REDOME), BANESE (Doação de sangue e REDOME), Tribunal de Justiça (Doação de Sangue e REDOME), Feira Nova (Sergipe é Aqui - REDOME), Pedra Mole (Sergipe é Aqui - REDOME). |
| VISITA TÉCNICA EM INSTITUIÇÕES PARA COLETAS EXTERNAS                                   | 48    | 4      | 1        | Agência Sergipe de Desenvolvimento-Desenvolve-se                                                                                                                                                                                                                          |
| CONVOCAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE                                                       | 3.000 | 250    | 46       | Listagens para convocação dos grupos sanguíneos constando 277 doadores, somente 46 atenderam as ligações.                                                                                                                                                                 |
| ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS A DOADORES ESPECÍFICOS QUE COMPARECERAM ATRAVÉS DE CONVOCAÇÃO | 720   | 60     | 22       |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| CONVOCAÇÕES DE DOADORES PLAQUETAFÉRESE                                                 | 384   | 32     | 136      | 01 novo interessado foi inserido no agendamento ao procedimento.                                                                                                                                                                                                          |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:

Rozeli Dantas Azevedo Moura  
 Gestão de Ações Estratégicas  
 HEMOSE/FSPH

Florita Moura de Aquino  
 Gestão de Coleta  
 HEMOSE/FSPH



|                        |                   |                  |
|------------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: HEMOSE</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|------------------------|-------------------|------------------|

**TRIAGEM LABORATORIAL - SOROLOGIA DO DOADOR**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO     | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                               | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| 02.12.01.005-0 | SOROLOGIA DO DOADOR DE SANGUE | 34.560 | 2.880  | 2.163    |             |

**SOROLOGIA DE REPETIÇÃO**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                      | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (QUIMIOLUMINESCENCIA)                                                | 0        |             |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (QUIMIOLUMINESCENCIA)                                              | 0        |             |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (QUIMIOLUMINESCENCIA)                           | 8        |             |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI (QUIMIOLUMINESCENCIA)                                         | 0        |             |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) (QUIMIOLUMINESCENCIA) | 18       |             |
| PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (QUIMIOLUMINESCENCIA)                        | 1        |             |
| TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (QUIMIOLUMINESCENCIA)                                             | 14       |             |

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA AS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – LABORATÓRIO DE APOIO**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                             | METAS      |           | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|-----------|----------|-------------|
|                |                                                                       | ANUAL      | MENSAL    |          |             |
| -              | HOMOCISTEÍNA                                                          | 120        | 10        | 5        |             |
| -              | PROTEÍNA S LIVRE                                                      | 144        | 12        | 3        |             |
| 02.02.01.002-3 | TIBC (CAPACIDADE DE LIGAÇÃO DO FERRO TOTAL)                           | 36         | 3         | 1        |             |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA                                                  | 180        | 15        | 8        |             |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO                                               | 180        | 15        | 5        |             |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO (ÁCIDO FÓLICO)                                      | 180        | 15        | 1        |             |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                               | 144        | 12        | 6        |             |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12                                               | 180        | 15        | 3        |             |
| 02.02.01.072-4 | <b>ELETOFORESE DE PROTEÍNAS</b>                                       | <b>480</b> | <b>40</b> | <b>6</b> |             |
|                | ELETOFORESE DE PROTEÍNAS TOTAIS                                       | 120        | 10        | 4        |             |
|                | Anti-beta-2 glicoproteínas IgG                                        | 180        | 15        | 1        |             |
|                | Anti-beta-2 glicoproteínas IgM                                        | 180        | 15        | 1        |             |
| 02.02.02.012-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA                                     | 48         | 4         | 0        |             |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | 24         | 2         | 0        |             |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | 24         | 2         | 0        |             |
| 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE (LÚPICO)                         | 144        | 12        | 4        |             |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                                           | 180        | 15        | 5        |             |
| 02.02.02.018-5 | DOSAGEM FATOR II                                                      | 36         | 3         | 0        |             |
| 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX                                                   | 120        | 10        | 2        |             |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM FATOR V (LEIDEN)                                              | 144        | 12        | 3        |             |
| 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII                                                 | 240        | 20        | 3        |             |
| 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                      | 96         | 8         | 2        |             |
| 02.02.02.024-0 | DOSAGEM FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)                               | 120        | 10        | 2        |             |
| 02.02.02.026-6 | DOSAGEM FATOR XI                                                      | 24         | 2         | 1        |             |
| 02.02.02.027-4 | DOSAGEM FATOR XII                                                     | 24         | 2         | 2        |             |
| 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENO                                                | 72         | 6         | 1        |             |
| 02.02.02.035-5 | ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA                                            | 120        | 10        | 4        |             |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO                                                    | 1.800      | 150       | 92       |             |
| 02.02.02.040-1 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA                       | 120        | 10        | 2        |             |
| 02.02.02.055-0 | PROTEÍNA C FUNCIONAL                                                  | 144        | 12        | 4        |             |
| 02.02.02.056-8 | PROTEÍNA S FUNCIONAL                                                  | 144        | 12        | 5        |             |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE                                      | 180        | 15        | 1        |             |

|                |                                                                                                       |            |           |          |                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|----------|---------------------|
| 02.02.03.008-3 | DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA                                                       | 144        | 12        | 2        |                     |
| 02.02.03.025-3 | <b>PESQUISA DE ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA</b>                                                         | <b>360</b> | <b>30</b> | <b>5</b> |                     |
|                | PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTICARDIOLIPINA                                                            | 180        | 15        | 1        |                     |
|                | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                                                            | 180        | 15        | 4        |                     |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                                                            | 180        | 15        | 4        |                     |
| 02.02.03.059-8 | FATOR ANTI-NUCLEAR FAN                                                                                | 180        | 15        | 4        |                     |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA                                                                                           | 1.200      | 100       | 0        | sem meio de cultura |
| 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)<br>(MUTACÃO DA PROTOMBINA G20210A) | 120        | 10        | 5        |                     |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:**

---

**AVALIAÇÃO:**

---

**RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:**

Ines Santana Teles Sanjuan  
Gestão de Laboratórios Analíticos  
HEMOSE/FSPH

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: HEMOSE | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|-----------------|------------|-----------|

**IMUNOHEMATOLOGIA DO DOADOR**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                     | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                             |
|----------------|-----------------------------------------------|--------|--------|----------|-----------------------------------------|
|                |                                               | ANUAL  | MENSAL |          |                                         |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S                     | 18.000 | 1.500  | 721      | Quantitativo de teste realizados no mês |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR                | 18.000 | 1.500  | 1.062    | Quantitativo de teste realizados no mês |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)         | 3.600  | 300    | 285      | Quantitativo de teste realizados no mês |
| 02.12.01.001-8 | EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM DOADOR DE SANGUE | 30.000 | 2.500  | 2.164    | Quantitativo de teste realizados no mês |

**IMUNOHEMATOLOGIA DO RECEPTOR**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                             | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                               |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                       | ANUAL | MENSAL |          |                                                                           |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                            | 600   | 50     | 56       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR                                        | 2.400 | 200    | 192      | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.02.12.004-0 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | 840   | 70     | 80       |                                                                           |
|                | Liss                                                                  | 420   | 35     | 40       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
|                | Enzimático                                                            | 420   | 35     | 40       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO             | 420   | 35     | 40       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)                                 | 600   | 50     | 46       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)                          | 600   | 50     | 50       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.12.01.002-6 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I                                           | 7.200 | 600    | 514      | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.12.01.003-4 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II                                          | 8.400 | 700    | 493      | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
| 02.12.01.004-2 | FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL                              | 4.032 | 336    | 336      |                                                                           |
|                | Fenotipagem P1, Lea, Leb, Lua, Lub - Gel Teste                        | 1.152 | 96     | 96       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
|                | Fenotipagem k, Kpa, Kpb, Jka, Jkb - Gel Teste                         | 1.152 | 96     | 96       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |
|                | Fenotipagem M, N, S, s, Fya, Fyb - Gel Teste                          | 1.728 | 144    | 144      | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                      | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | ANUAL | MENSAL |          |                                                                           |
| EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM RECÉM-NASCIDOS: TIPIFICAÇÃO ABO E RH, PESQUISA DE D-FRACO, RH (D) E PROVA DA ANTIGLOBULINA DIRETA | 60    | 5      | 1        | Não houve solicitação no mês que justificasse a realização deste teste    |
| TESTE DE COOMBS INDIRETO - MONO ESPECIFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV. - AGH) - GEL TESTE                                       | 600   | 50     | 56       | Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO: ---

AValiação: ---

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Ana Paula Barreto Prata Silva  
Gestão de Imunohematologia  
HEMOSE/FSPH

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: HEMOSE | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|-----------------|------------|-----------|

**PRODUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES - PRODUÇÃO**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                     | METAS         |              | PRODUÇÃO     | OBSERVAÇÕES             |
|----------------|---------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
|                |                                                               | ANUAL         | MENSAL       |              |                         |
| 02.12.02.001-3 | DESLEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS                    | 6.600         | 550          | 606          |                         |
| 02.12.02.002-1 | DESLEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS                   | 600           | 50           | 0            | Sem filtro de plaquetas |
| 02.12.02.003-0 | IRRADIAÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES DESTINADO À IRRADIAÇÃO | 240           | 20           | 0            |                         |
| 02.12.02.004-8 | PREPARO DE COMPONENTES ALIQUOTADOS (Fracionamento Pediátrico) | 4.800         | 400          | 67           |                         |
| 02.12.02.005-6 | PREPARO DE COMPONENTES LAVADOS                                | 240           | 20           | 12           |                         |
| 02.12.02.006-4 | <b>PROCESSAMENTO DE SANGUE</b>                                | <b>64.800</b> | <b>5.400</b> | <b>5.862</b> |                         |
|                | Produção de Concentrado de Hemácias                           | 19.800        | 1.650        | 1.533        |                         |
|                | Produção de Concentrado de Hemácias Filtradas                 | 6.600         | 550          | 606          |                         |
|                | Produção de Concentrado de Hemácias Lavadas                   | 240           | 20           | 12           |                         |
|                | Produção de Plaquetas (por unidade)                           | 16.800        | 1.400        | 1.488        |                         |
|                | Produção de Plaquetas por Aférese                             | 480           | 40           | 13           |                         |
|                | Produção de Plasma por Aférese                                | 240           | 20           | 0            |                         |
|                | Produção de Plasma Fresco Congelado                           | 20.400        | 1.700        | 2.157        |                         |
|                | Produção de Crioprecipitado                                   | 240           | 20           | 53           |                         |

**PLASMA - SOROLOGIA REAGENTE**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                        | META        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-------------|
| Encaminhar plasma de sorologia reagente para o PNCQ (Programa Nacional de Controle de Qualidade) | 20 unidades | 50       |             |

**PLASMA EXCEDENTE PARA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                               | META         | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-------------|
| Encaminhar plasma excedente processado para Indústria Farmacêutica para processamento de Hemoderivados. | 400 unidades | 1.280    |             |

**DISPENSAÇÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - DISPENSAÇÃO**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                       | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                                                 | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| PRODUÇÃO DE EXSAGÚNEO                           | 24     | 2      | 0        |             |
| DISPENSAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS          | 18.600 | 1.550  | 1.912    |             |
| DISPENSAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA | 6.600  | 550    | 744      |             |
| DISPENSAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS  | 240    | 20     | 12       |             |
| DISPENSAÇÃO DE FRACIONAMENTO PEDIÁTRICO         | 4.800  | 400    | 67       |             |
| DISPENSAÇÃO DE PLAQUETAS (POR UNIDADE)          | 14.400 | 1.200  | 1.094    |             |
| DISPENSAÇÃO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE            | 480    | 40     | 13       |             |
| DISPENSAÇÃO DE PLASMA POR AFÉRESE               | 240    | 20     | 0        |             |
| DISPENSAÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO          | 3.000  | 250    | 1.107    |             |
| DISPENSAÇÃO DE CRIOPRECIPITADO                  | 240    | 20     | 10       |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

 Brenna Loreny Santos Chagas  
 Gestão de Produção e Dispensação de Hemocomponentes  
 HEMOSE/FSPH

|                 |            |           |
|-----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: HEMOSE | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|-----------------|------------|-----------|

**APLICAÇÃO TERAPÊUTICA DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E/OU HEMODERIVADOS E EXTRAÇÃO TERAPÊUTICA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                            | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                                             |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                      | ANUAL | MENSAL |          |                                                                                         |
| 03.06.02.002-5 | APLICACAO DE FATOR IX DE COAGULACAO                                  | 240   | 20     | 3        |                                                                                         |
| 03.06.02.003-3 | <b>APLICAÇÃO DE FATOR VIII DE COAGULAÇÃO</b>                         | 1.200 | 100    | 64       |                                                                                         |
|                | Aplicação de Fator VIII de Coagulação                                |       |        | 21       |                                                                                         |
|                | Aplicação de Fator VIII para Imunotolerância                         |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Aplicação de Fator VIII Recombinante                                 |       |        | 43       |                                                                                         |
|                | Aplicação de Fator VIII Von Willebrand                               |       |        | 0        | PACIENTES FAZENDO USO DO FATOR VIII PLASMÁTICO QUE CONTÉM EM SUA COMPOSIÇÃO FATOR VIIIY |
| 03.06.02.004-1 | SANGRIA TERAPÊUTICA                                                  | 600   | 50     | 37       |                                                                                         |
| 03.06.02.006-8 | <b>TRANSFUSÃO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS</b>                            | 2.160 | 180    | 185      |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias                                |       |        | 91       |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Filtradas                      |       |        | 89       | tantas filtradas in line = 83                                                           |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Lavadas                        |       |        | 3        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Lavadas e Filtradas            |       |        | 2        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Pediátrico                     |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Pediátrico Filtradas           |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Pediátrico Lavadas             |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Hemácias Pediátrico Lavadas e Filtradas |       |        | 0        |                                                                                         |
| 03.06.02.007-6 | <b>TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS</b>                        | 240   | 20     | 1        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Plaquetas                               |       |        | 1        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Plaquetas Filtrado                      |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Concentrado de Plaquetas Pediátrico                    |       |        | 0        |                                                                                         |
| 03.06.02.008-4 | TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO                                        | 12    | 1      | 0        |                                                                                         |
| 03.06.02.009-2 | TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE                                  | 72    | 6      | 4        |                                                                                         |
| 03.06.02.010-6 | <b>TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO</b>                                   | 24    | 2      | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Plasma Fresco                                          |       |        | 0        |                                                                                         |
|                | Transfusão de Plasma Fresco Pediátrico                               |       |        | 0        |                                                                                         |
| 03.06.02.013-0 | TRANSFUSÃO DE SUBSTITUIÇÃO / TROCA                                   | 12    | 1      | 0        |                                                                                         |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                                                          | ANUAL | MENSAL |          |             |
| APLICAÇÃO DE COMPLEXO PROTROMBINICO                      | 12    | 1      | 0        |             |
| APLICAÇÃO DE COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO | 120   | 10     | 0        |             |
| APLICAÇÃO DE EMICIZUMABE                                 | 72    | 6      | 6        |             |
| APLICAÇÃO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE              | 60    | 5      | 1        |             |
| APLICAÇÃO DE FATOR XIII                                  | 24    | 2      | 2        |             |
| ADMINISTRAÇÃO DE NORIPURUM                               | 480   | 40     | 37       |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:

Juliana Silva Nascimento  
Centro de Diagnósticos e Apoio Terapêutico  
HEMOSE/FSPH

|                        |                   |                  |
|------------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: HEMOSE</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|------------------------|-------------------|------------------|

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – AMBULATÓRIO**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                            | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                                      | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 01.01.01.002-8 | ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA                   | 24    | 2      | 0        |             |
| 03.01.01.004-8 | CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) | 1.800 | 150    | 216      |             |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                             | 8.400 | 700    | 128      |             |
| 03.01.10.001-2 | <b>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>                        | 720   | 60     | 34       |             |
|                | Acetato de Desmopressina (DDAVP) de 4 e 15mL                                         |       |        | 0        |             |
|                | HPN                                                                                  |       |        | 13       |             |
|                | Terapia com Imiglicerase                                                             |       |        | 10       |             |
|                | Terapia com Alfataglicerase                                                          |       |        | 11       |             |
| 03.01.12.003-0 | <b>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HEMOGLOBINOPATIAS</b>                              | 7.200 | 600    | 633      |             |
|                | Acompanhamento – Psicologia                                                          |       |        | 46       |             |
|                | Acompanhamento – Serviço Social                                                      |       |        | 35       |             |
|                | Acompanhamento – Odontologia                                                         |       |        | 79       |             |
|                | Acompanhamento – Médico                                                              |       |        | 417      |             |
|                | Acompanhamento - Fisioterapia                                                        |       |        | 56       |             |

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – FISIOTERAPIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                         | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES       |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------------|
|                |                                                                                                                                   | ANUAL | MENSAL |          |                   |
| 03.02.04.001-3 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                                  | 24    | 2      | 0        | não houve demanda |
| 03.02.04.002-1 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                                  | 24    | 2      | 0        | não houve demanda |
| 03.02.04.005-6 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS                                                                | 24    | 2      | 3        | livre de demanda  |
| 03.02.05.001-9 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS                             | 120   | 10     | 0        | livre de demanda  |
| 03.02.05.002-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS                                                                               | 300   | 25     | 53       | livre de demanda  |
| 03.02.05.003-5 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO- ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | 60    | 5      | 0        | não houve demanda |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                    | 120   | 10     | 0        | não houve demanda |
| 03.02.06.002-2 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                    | 12    | 1      | 0        | não houve demanda |
| 03.02.06.003-0 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR                                                         | 120   | 10     | 0        | não houve demanda |

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – ODONTOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                     | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                               | ANUAL | MENSAL |          |             |
| -              | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                         | 120   | 10     | 13       |             |
| -              | SOLICITAÇÃO DE EXAMES                                         | 60    | 5      | 5        |             |
| 01.01.02.007-4 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR                                     | 120   | 10     | 2        |             |
| 03.07.01.001-5 | CAPEAMENTO PULPAR                                             | 24    | 2      | 2        |             |
| 03.07.01.003-1 | RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR                      | 12    | 1      | 2        |             |
| 03.07.01.008-2 | RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR                        | 12    | 1      | 1        |             |
| 03.07.01.012-0 | RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR                     | 24    | 2      | 8        |             |
| 03.07.01.013-9 | RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA                                        | 24    | 2      | 2        |             |
| 03.07.03.002-4 | RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)               | 72    | 6      | 12       |             |
| 03.07.03.003-2 | RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)                      | 72    | 6      | 12       |             |
| 03.07.03.004-0 | PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA                        | 72    | 6      | 2        |             |
| 03.07.03.005-9 | RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) | 72    | 6      | 12       |             |
| 04.04.02.009-7 | SUTURA/ REMOÇÃO DE SUTURA                                     | 36    | 3      | 3        |             |
| 04.14.02.012-0 | EXODONTIA DECÍDUO                                             | 12    | 1      | 2        |             |
| 04.14.02.013-8 | EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE                                 | 24    | 2      | 1        |             |

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – PSICOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                          | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                               |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------------------------------------|
|                |                                                                    | ANUAL | MENSAL |          |                                           |
| 01.01.01.002-8 | ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 12    | 1      | 0        | em planejamento                           |
| 01.01.03.002-9 | VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR | 24    | 2      | 0        | em planejamento                           |
| 01.02.02.002-7 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE DO TRABALHADOR                        | 24    | 2      | 0        | em planejamento                           |
| 03.01.08.017-8 | ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA                             | 480   | 40     | 0        |                                           |
| 03.01.12.003-0 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HEMOGLOBINOPATIAS                   | 48    | 4      | 46       |                                           |
|                | ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO (PACIENTE DA TRANSFUSÃO)                   | 1.200 | 100    |          | análise dos casos/evolução em prontuários |

|                        |                   |                  |
|------------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: HEMOSE</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|------------------------|-------------------|------------------|

**ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – SERVIÇO SOCIAL**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                    | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES     |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-----------------|
|                |                                                                              | ANUAL | MENSAL |          |                 |
| 01.01.01.002-8 | ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA           | 12    | 1      | 0        | em planejamento |
| 03.01.05.003-1 | ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 24    | 2      | 0        | em planejamento |
| 03.01.12.003-0 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HEMOGLOBINOPATIAS                             | 540   | 45     | 35       |                 |

**ASSISTÊNCIA AO DOADOR CONVOCADO E AOS PACIENTES EM USO DE D.D.U. (DOSE DOMICILIAR DE URGÊNCIA)**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                              | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                                                                                        | ANUAL | MENSAL |          |             |
| Acolhimento aos Doadores de Sangue Inaptos                                             | 100%  | 100%   | 56       |             |
| Atendimento de Doadores com Soroconversão                                              | 100%  | 100%   | 1        |             |
| Atender dose domiciliar de aplicação terapêutica de Hemoderivados dos casos indicados. | 100%  | 100%   | 33       |             |

**DISPENSÇÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - AMBULATÓRIO**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                               | METAS |        | PRODUÇÃO   | OBSERVAÇÕES                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                                                                         | ANUAL | MENSAL |            |                                                                                                       |
| -              | CONCENTRADO DE FATOR VIII RECOMBINANTE- FRASCOS DE 250, 500, 1.000 E 1.500UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS              | 9.600 | 800    | 850        |                                                                                                       |
| -              | EMICIZUMABE 30MG                                                                                                        | 48    | 4      | 8          |                                                                                                       |
| 06.02.01.002-0 | COMPLEXO PROTROMBINICO FRASCO DE 500 A 600 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                                             | 12    | 1      | 0          |                                                                                                       |
| -              | <b>COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO</b>                                                                      |       |        | <b>20</b>  |                                                                                                       |
| 06.02.01.003-9 | COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 1000 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                             |       |        | 4          |                                                                                                       |
| 06.02.01.004-7 | COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 500 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                              | 540   | 45     | 16         |                                                                                                       |
| -              | COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 2500UI EM COAGULOPATIA HEREDITARIA                                |       |        | 0          |                                                                                                       |
| -              | <b>CONCENTRADO DE FATOR IX</b>                                                                                          |       |        | <b>46</b>  |                                                                                                       |
| 06.02.01.005-5 | CONCENTRADO DE FATOR IX FRASCO DE 250 UI EM COGULOPATIAS HEREDITARIAS                                                   |       |        | 0          |                                                                                                       |
| 06.02.01.006-3 | CONCENTRADO DE FATOR IX FRASCO DE 500 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                                                  | 1.320 | 110    | 0          |                                                                                                       |
| -              | CONCENTRADO DE FATOR IX – FRASCO DE 200, 600, 1000 E 1200UI EM COAGULAPATIAS HEREDITARIAS                               |       |        | 46         |                                                                                                       |
| -              | CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE – FRASCOS DE 50, 100 E 250 KUI                                            | 240   | 20     | 0          |                                                                                                       |
| 06.02.01.011-0 | CONCENTRADO DE FATOR VIII P/ TRATAMENTO DA DOENÇA VAN WILLEBRAND FRASCO DE 500 E 1.000 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS | 600   | 50     | 0          | PACIENTES UTILIZANDO O FATOR VIII PLASMÁTICO QUE TEM EM SUA COMPOSIÇÃO FATOR VIII PATA VON WILLEBRAND |
| -              | <b>CONCENTRADO DE FATOR VIII</b>                                                                                        |       |        | <b>338</b> |                                                                                                       |
| 06.02.01.012-8 | CONCENTRADO FATOR VIII DERIVADO DE PLASMA HUMANO 250 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                                   |       |        | 37         |                                                                                                       |
| -              | CONCENTRADO DE FATOR VIII PLASMATICO- 1.000UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                                             | 1.800 | 150    | 213        |                                                                                                       |
| 06.02.01.016-0 | CONCENTRADO DE FATOR VIII - FRASCO DE 500 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS                                              |       |        | 88         |                                                                                                       |
| 06.02.01.100-2 | ÁCIDO TRANEXAXAMICO- COMPRIMIDO 250MG                                                                                   | 360   | 30     | 0          |                                                                                                       |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:****AValiação:****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Juliana Silva Nascimento  
Gestão de Diagnósticos e Apoio Terapêutico  
HEMOSE/FSPH





**LACEN**



|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**COORDENAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA - REDELAB-SE**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                          |                        | METAS                                                                             | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                    |                        | ANUAL                                                                             |          |                                                                                              |
| Fazer habilitação e cadastro de laboratórios públicos e privados para compor a Rede                                                |                        | 100% dos laboratórios mapeados                                                    |          | Toda a rede de laboratório mapeada já possui cadastro no sistema GAL                         |
| Fazer habilitação e cadastro de novos usuários no sistema GAL                                                                      |                        | 100% das solicitações                                                             | 11       |                                                                                              |
| Realizar monitoramento (avaliação de controle de qualidade, supervisões, visitas técnicas) das sub-redes de diagnóstico-REDELAB-SE |                        | Monitorar 100% dos laboratórios que compõem a REDELAB-SE                          | 2        | Visita técnica Sergipe é Aqui ( Feira Nova e Pedra Mole)                                     |
| Ofertar o Programa de Educação Continuada e capacitações para a Rede                                                               |                        | 400 cursos ao ano.<br>Entregar plano em Janeiro do ano subsequente.               | 14       | Treinamento Culicídeos (02a06) Treinamento ANVISA(13) Treinamento GAL                        |
| Implementar Plano Estratégico da REDELAB-SE                                                                                        |                        | Até dez/2025                                                                      |          |                                                                                              |
| Prestar assistência técnico-científica na implantação/implementação dos laboratórios da rede                                       |                        | 100% dos serviços                                                                 | 120      | FORAM REALIZADAS ATRAVES DE LIGAÇÕES RECEBIDAS/ WHATSZAP/ EMAILS                             |
| Supervisionar o uso dos insumos estratégicos (kits e meios) distribuídos                                                           |                        | 100% dos serviços                                                                 | 45       | DPP (19 ) KATO KATZ( 18 ) TRM( 07 ) MALÁRIA (01)                                             |
| Descentralização de coletas dos agravos                                                                                            |                        | 100% da rede mapeada para execução dos serviços                                   |          |                                                                                              |
| Implantar Controle de Qualidade na Rede de laboratórios para HIV                                                                   |                        | dez/2025                                                                          |          |                                                                                              |
| Controle de Qualidade da Rede de Laboratórios                                                                                      | Vetores de Arboviroses | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 903      | 903 TUBITOS ANALISADOS CONTENDO: 4.309 LARVAS E 616 PUPAS DE CULÍCIDES                       |
|                                                                                                                                    | Esquistossomose        | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 253      | 253 LÂMINAS DE PCE                                                                           |
|                                                                                                                                    | Tuberculose            | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 0        |                                                                                              |
|                                                                                                                                    | Hanseníase             | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 6        |                                                                                              |
|                                                                                                                                    | Leishmaniose           | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 6        | 26 AMOSTRAS DE CONTOLE DE QUALIDADE SENDO: 02 SÃO CRISTÓVÃO, 01 AREIA BRANCA E 03 ITAPORANGA |
|                                                                                                                                    | VDRL                   | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 74       |                                                                                              |
|                                                                                                                                    | Meningites             | Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês | 53       |                                                                                              |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:** Relatório do Gal; Relatórios Internos do Laboratório de Microbiologia

**AVALIAÇÃO:**

**REDELAB:** Participação no Sergipe é Aqui no dia 06/06/2025 no Município de Feira Nova e no dia 13/06/2025 no Município de Pedra Mole. Reunião sobre fluxo de VDRL Santa Isabel x Lacer no dia 16/06/2025 e Reunião Lacer x SES no dia 13/06/2025.

**GEMIC:** Em JUNHO/2025\* (26/05 A 25/06), em relação as BACILOSCOPIAS para o Controle de TRATAMENTO DA TUBERCULOSE foram realizados 106 exames. Observa-se que há queda sistemática no número total de baciloskopias ao longo dos últimos três meses, devido ao início da descentralização do referido exame para os laboratórios municipais. O número de baciloskopias tem se mantido ainda elevado, porém se espera uma diminuição gradativa, a medida em que mais laboratórios assumam a rotina do controle de tratamento dos pacientes diagnosticados com tuberculose. As ações de reorganização da rede e treinamentos para essa finalidade permeiam em andamento junto a REDELAB. Em JUNHO/2025\*, não recebemos lâminas de baciloskopias da TUBERCULOSE para o Controle de Qualidade da REDE ESTADUAL. Em JUNHO/2025\* foram realizados 31 exames de baciloskopias (DIAGNÓSTICO DA HANSENIASE), houve diminuição, porém esse número mantém-se regular, dentro da média histórica dos últimos seis anos. Também foram realizadas 06 baciloskopias de CONTROLE DE TRATAMENTO DA HANSENIASE. Em JUNHO/2025\*, não recebemos lâminas de baciloskopias da HANSENIASE para o Controle de Qualidade da REDE ESTADUAL. No total foram realizados 37 exames para Hanseníase. Quanto ao Controle de Qualidade das Meningites/Encefalites, em JUNHO/2025\*, observamos estabilidade e números dentro da média esperada, foram realizadas 29 releituras de lâminas de Líquor.

|                                     |                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:</b> | Silvia Virginia Barreto Cruz<br>Gestão da REDELAB<br>LACEN/FSPH                               |
|                                     | Lucyano Renovato Jacob<br>Gestão de Microbiologia<br>LACEN/FSPH                               |
|                                     | Karine Dantas Moura<br>Gestão de Zoonoses, Entomologia e Parasitologia<br>LACEN/FSPH          |
|                                     | Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra<br>Gestão de Imunologia e Biologia Molecular<br>LACEN/FSPH |

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE IST/AIDS/HEPATITES VIRAIS**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                        | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                                                  | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8                                                                   | 6.000  | 500    | 358      |             |
| 02.02.03.004-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV – I (ELETROQUIMIOLUMINESCENCIA)                                  | 9.600  | 800    | 933      |             |
| 02.02.03.021-0 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C                                                               | 120    | 10     | 0        |             |
| 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)                                                 | 120    | 10     | 9        |             |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                                                      | 2.400  | 200    | 518      |             |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | 6.000  | 500    | 158      |             |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISAS DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                      | 600    | 50     | 13       |             |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | 7.200  | 600    | 799      |             |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 3.600  | 300    | 194      |             |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | 1.200  | 100    | 35       |             |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B (HBSAG)                                         | 7.200  | 600    | 864      |             |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                            | 600    | 50     | 12       |             |
| 02.02.03.108-0 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C                                                      | 600    | 50     | 21       |             |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS                                                         | 4.800  | 400    | 133      |             |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS                                                     | 7.200  | 600    | 796      |             |
| 02.02.03.124-1 | GENOTIPAGEM DO HIV                                                                               | 120    | 10     | 5        |             |
| 02.13.01.020-8 | IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)                                      | 1.200  | 100    | 39       |             |
| 02.13.01.050-0 | QUANTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL DO HIV (RNA)                                                        | 12.000 | 1.000  | 677      |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:** Relatório do Gal

**AValiação:** Houve um aumento no quantitativo de exames de HIV, HCV e HBSAG por conta na regularização de fornecimento de kits e ações do Sergipe é Aqui. Gonitapagem do HCV zerada devido a mudança no fluxo do Ministério da Saúde.

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
LACEN/FSPH

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                 | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                           | ANUAL | MENSAL |          |             |
| -              | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CA-15.3)         | 1.200 | 100    | 56       |             |
| -              | SEQUENCIAMENTO GENÔMICO                                   | 100%  | 100%   | 29       |             |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)           | 7.200 | 600    | 538      |             |
|                | PSA Total                                                 | 3.600 | 300    | 269      |             |
|                | PSA Livre                                                 | 3.600 | 300    | 269      |             |
| 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS                       | 24    | 2      | 0        |             |
|                | IgG                                                       | 12    | 1      | 0        |             |
|                | IgM                                                       | 12    | 1      | 0        |             |
| 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (SOROLOGIA)           | 2.400 | 200    | 130      |             |
|                | IgG                                                       | 1.200 | 100    | 65       |             |
|                | IgM                                                       | 1.200 | 100    | 65       |             |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS            | 3.600 | 300    | 483      |             |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                 | 4.800 | 400    | 634      |             |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR    | 600   | 50     | 12       |             |
| 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS  | 2.400 | 200    | 41       |             |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS            | 3.600 | 300    | 485      |             |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                 | 4.800 | 400    | 796      |             |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR    | 600   | 50     | 12       |             |
| 02.02.03.095-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS  | 2.400 | 200    | 41       |             |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)             | 1.200 | 100    | 109      |             |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | 120   | 10     | 10       |             |
| 02.13.01.018-6 | IDENTIFICAÇÃO DE VÍRUS DA RAIVA POR RT-PCR                | 120   | 10     | 3        |             |
| 02.13.01.057-7 | AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE                                  | 1.200 | 100    | 18       |             |

**LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – LABORATÓRIO DE APOIO**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                           | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                     | ANUAL | MENSAL |          |             |
| -              | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CA-125)    | 180   | 15     | 33       |             |
| -              | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CA-19.9)   | 180   | 15     | 31       |             |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA                        | 360   | 30     | 8        |             |
| 05.01.08.003-1 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO) | 120   | 10     | 6        |             |
| 05.01.08.004-0 | DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)     | 60    | 5      | 1        |             |
| 05.01.08.005-8 | DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)    | 480   | 40     | 30       |             |
| 05.01.08.010-4 | DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)    | 60    | 5      | 0        |             |

**LABORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MICROBIOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                              | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                        | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA                         | 6.000  | 500    | 103      |             |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                                  | 6.000  | 500    | 36       |             |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS                                   | 6.000  | 500    | 123      |             |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)                                 | 2.400  | 200    | 97       |             |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA                                                            | 1.200  | 100    | 19       |             |
| 02.02.08.016-1 | IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS                          | 6.000  | 500    | 22       |             |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | 14.400 | 1.200  | 456      |             |

|                |            |           |
|----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: LACEN | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|----------------|------------|-----------|

|                  |
|------------------|
| OUTRAS PRODUÇÕES |
|------------------|

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

|                |                  |
|----------------|------------------|
| FONTE DO DADO: | Relatório do Gal |
|----------------|------------------|

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AVALIAÇÃO: | <p><b>GEBIO:</b> Houve um aumento no quantitativo de exames em geral por conta na regularização de fornecimento de kits.</p> <p><b>GEMIC:</b> Em JUNHO/2025*, houve aumento no quantitativo de exames Direto e de Cultura para fungos. Os resultados das bacterioscopias do líquido para o Controle de Qualidade estão descritos na Planilha da REDELAB. No mês de JUNHO/2025* foram liberados 19 exames de HEMOCULTURA. No mês de JUNHO/2025*, foram realizados 456 exames de Teste Rápido Molecular (TRM/TB), houve aumento no total de exames de TRM/TB realizados, dentro das expectativas para o período.</p> |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                                                                                               |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: | Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra<br>Gestão de Imunologia e Biologia Molecular<br>LACEN/FSPH |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sandra Maria Araujo Menezes Cavalcante<br>Gestão de Coleta e Recepção de Amostras<br>LACEN/FSPH |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| Lucyano Renovato Jacob<br>Gestão de Microbiologia<br>LACEN/FSPH |
|-----------------------------------------------------------------|

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**PROTEGE I**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                         | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                   | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| -              | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (ELISA)               | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                 | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)    | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                         | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA                         | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS                          | 42.000 | 3.500  | 1638     |             |

**PROTEGE II**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                           | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                                     | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| -              | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (ELISA) | 18.000 | 1.500  | 860      |             |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)   | 18.000 | 1500   | 860      |             |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA           | 18.000 | 1500   | 860      |             |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA           | 18.000 | 1500   | 860      |             |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS            | 18.000 | 1500   | 860      |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:** Relatório do Gal

**AValiação:** O quantitativo de exames liberados segue demanda prevista para o período.

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
LACEN/FSPH

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                        | METAS         |              | PRODUÇÃO     | OBSERVAÇÕES |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
|                |                                                                                                                                                                  | ANUAL         | MENSAL       |              |             |
| -              | LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA TESTE RÁPIDO                                                                                                                        | 1.200         | 100          | 14           |             |
| -              | MENINGITE RT-PCR (Haemophilus influenzae/Neisseria meningitidis/Streptococcus pneumoniae)                                                                        | 1.200         | 100          | 48           |             |
| -              | MONKEYPOX RT-PCR                                                                                                                                                 | 600           | 50           | 1            |             |
| -              | TESTE IGRA (GAMA-INTERFERON)                                                                                                                                     | 2.400         | 200          | 174          |             |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS                                                                                                                         | 3.000         | 250          | 342          |             |
| 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTÍGENO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO                                                                                             | 60.000        | 5.000        | 1.070        |             |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS                                                                                                                       | 420           | 35           | 0            |             |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                                                                                 | 2.400         | 200          | 281          |             |
| 02.02.03.079-2 | <b>PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS</b>                                                                                                               | <b>2.400</b>  | <b>200</b>   | <b>8</b>     |             |
|                | Chikungunya                                                                                                                                                      | 1.200         | 100          | 6            |             |
|                | Zika                                                                                                                                                             | 1.200         | 100          | 2            |             |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                                                                                             | 360           | 30           | 0            |             |
| 02.02.03.090-3 | <b>PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS</b>                                                                                                               | <b>43.320</b> | <b>3.610</b> | <b>269</b>   |             |
|                | Chikungunya                                                                                                                                                      | 14.400        | 1.200        | 91           |             |
|                | Dengue                                                                                                                                                           | 14.400        | 1.200        | 87           |             |
|                | Febre amarela                                                                                                                                                    | 120           | 10           | 0            |             |
|                | Zika                                                                                                                                                             | 14.400        | 1.200        | 91           |             |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)                                                                                                | 1.800         | 150          | 138          |             |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                                                                                             | 360           | 30           | 16           |             |
| 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR (PCR)                                                                                                     | 600           | 50           | 33           |             |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)                                                                                                            | 1.200         | 100          | 1            |             |
| 02.02.04.013-5 | <b>PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES</b>                                                                                                                           | <b>300</b>    | <b>25</b>    | <b>25</b>    |             |
|                | PCR                                                                                                                                                              | 120           | 10           | 25           |             |
|                | ELISA                                                                                                                                                            | 180           | 15           | 0            |             |
| 02.13.01.002-0 | ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO -TESTE DE ELISA P/ IDENTIFICAÇÃO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)                                                                            | 240           | 20           | 19           |             |
| 02.13.01.038-0 | <b>ISOLAMENTO DO VIRUS DA DENGUE</b>                                                                                                                             | <b>43.320</b> | <b>3.610</b> | <b>1.254</b> |             |
|                | CHIKUNGUNYA RT-PCR                                                                                                                                               | 14.400        | 1.200        | 418          |             |
|                | DENGUE RT-PCR                                                                                                                                                    | 14.400        | 1.200        | 418          |             |
|                | FEBRE AMARELA RT-PCR                                                                                                                                             | 120           | 10           | 0            |             |
|                | ZIKA RT-PCR                                                                                                                                                      | 14.400        | 1.200        | 418          |             |
| 02.13.01.040-2 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA                                                                                                                                 | 60.000        | 5.000        | 1.189        |             |
| 02.13.01.041-0 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA MENINGITE VIRAL (ADENOVÍRUS, CMV, EPSTEIN-BARR, HERPES 1, 2, 6 E 7, VARICELA ZOOSTER, PARECHOVÍRUS, PARVOVÍRUS B19, ENTEROVÍRUS, CAXIMBA) | 240           | 20           | 24           |             |
| 02.13.01.042-9 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA POLIOMIELITE                                                                                                                              | 240           | 20           | 0            |             |
| 02.13.01.056-9 | TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DE PARVOVÍRUS (PARVOVIROSE)                                                                                                  | 120           | 10           | 0            |             |
| 02.13.01.058-5 | TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DO SARAMPO                                                                                                          | 1.200         | 100          | 5            |             |
| 02.13.01.060-7 | TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO PARVOVÍRUS (PARVOVIROSE)                                                                                                  | 120           | 10           | 0            |             |
| 02.13.01.061-5 | TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DO SARAMPO                                                                                                          | 1.200         | 100          | 15           |             |
| 02.13.01.072-0 | PESQUISA DE SARS-COVID-2 POR RT-PCR                                                                                                                              | 60.000        | 5.000        | 1.130        |             |
| 02.13.01.073-9 | TESTE DE BIOLOGIA MOLECULAR PARA HANSENIASE                                                                                                                      | 120           | 10           | 0            |             |
| 02.13.01.075-5 | TESTE DE HIBRIDIZAÇÃO DE SONDA EM LINHA DE 1ª LINHA PARA TUBERCULOSE (LPA)                                                                                       | 480           | 40           | 11           |             |

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – MICROBIOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                            | METAS         |              | PRODUÇÃO   | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|------------|-------------|
|                |                                                                                      | ANUAL         | MENSAL       |            |             |
| 02.02.08.003-0 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS                                                        | 480           | 40           | 22         |             |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)                                             | 480           | 40           | 31         |             |
| 02.02.08.006-4 | <b>BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE DE TRATAMENTO/RETRATAMENTO)</b> | <b>13.200</b> | <b>1.100</b> | <b>106</b> |             |
|                | Controle de Qualidade da Rede                                                        | 3.600         | 300          | 0          |             |
|                | Controle de Tratamento                                                               | 3.600         | 300          | 106        |             |
|                | Pesquisa de MNT                                                                      | 6.000         | 500          | 0          |             |
| 02.02.08.008-0 | <b>CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO</b>                                         | <b>2.664</b>  | <b>222</b>   | <b>119</b> |             |
|                | Identificação e antibiograma em todas as cepas de cultura de vigilâncias             | 480           | 40           | 10         |             |
|                | Coprocultura e antibiograma em todas as amostras de ROTAVÍRUS e MDDA.                | 600           | 50           | 42         |             |
|                | Coprocultura e antibiograma em todas as amostras de surto                            | 600           | 50           | 0          |             |
|                | Cultura e Antibiograma de LCR (Meningite)                                            | 960           | 80           | 59         |             |
|                | Pesquisa de Bordetella pertussis                                                     | 24            | 2            | 8          |             |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA PARA BAAR                                                                    | 3.600         | 300          | 214        |             |
| 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO                                                         | 12            | 1            | 0          |             |



|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – ENTOMOLOGIA, PARASITOLOGIA E ZOONOSE**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                             | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                                       | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA                                                                   | 24    | 2      | 1        |             |
| 02.02.02.045-2 | PESQUISA DE PLASMÓDIO                                                                 | 60    | 5      | 3        |             |
| 02.02.02.046-0 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA                                                              | 60    | 5      | 0        |             |
| 02.13.01.005-4 | EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO P/ LEISHMANIAS (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA)        | 60    | 5      | 2        |             |
| 02.13.01.026-7 | IMUNOCROMATOGRAFIA PARA IDENTIFICAÇÃO DE PLASMÓDIOS (MALÁRIA) TESTE RÁPIDO DE MALÁRIA | 60    | 5      | 6        |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        | PESQUISA RT-PCR MAYARO    | 89       |             |
|        | PESQUISA RT-PCR OROPOUCHE | 89       |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:** Relatório do Gal

**AValiação:**

**GEBIO:** Houve um aumento nos exames de vírus respiratórios, influenza e covid devido ao período sazonal, houve um aumento de chagas elisa devido ao Sergipe é Aqui.

**GEMIC:** Em JUNHO/2025\*, foram realizadas 37 leituras de lâminas de raspado intradérmico para pesquisa de Hanseníase (Diagnóstico e Controle de Tratamento), houve diminuição dentro do esperado. No mês de JUNHO/2025\*, NÃO recebemos amostras clínicas (fezes) provenientes de SURTO ALIMENTAR. Recebemos 11 amostras clínicas (fezes) referente ao Programa ROTAVÍRUS, houve diminuição quando comparado ao mês anterior (maio/2025). Recebemos 23 amostras para Coprocultura do Programa MDDA (Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas), houve diminuição no total de amostras processadas no período, quando comparamos com o mês de maio/2025. Em JUNHO/2025\*, tivemos diminuição da média no número de amostras para CULTURA DE VIGILÂNCIA e foram realizados 6 exames para essa finalidade. O número de amostras de líquido para o diagnóstico das meningites/encefalites se manteve dentro da média e dentro da expectativa. Em JUNHO/2025\*, foram liberados 22 Testes de Sensibilidade às Drogas (TDS) de 1ª linha para o tratamento da tuberculose. No mês de JUNHO/2025\*, os exames de baciloscopias para BAAR (Tuberculose - Controle de Tratamento/Retratamento), apresentaram quantitativo dentro da média anual, resultado esperado para o período. NÃO recebemos amostras para pesquisa de DIFTERIA (bacilo diftérico). Em JUNHO/2025\* recebemos 08 amostras para pesquisa de COQUELUCHE (Bordetella pertussis), aumento importante e provavelmente associado a aumento de busca ativa e notificação de casos de coqueluche. Vale salientar que no mês de março/2025 houve uma ação do Ministério da Saúde junto ao Lacen, com apresentação de dados na Plataforma ECHO Brasil sobre o número de exames realizados (cultura para coqueluche) no laboratório de bacteriologia do Lacen/SE. Devido ao baixo número de amostras enviadas ao Lacen, a coordenação nacional realizou contato com a vigilância estadual e questionou o baixo número de amostras de nasofaringe para a referida pesquisa.

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
 Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
 LACEN/FSPH

Lucyano Renovato Jacob  
 Gestão de Microbiologia  
 LACEN/FSPH

Karine Dantas Moura  
 Gestão de Zoonoses, Entomologia e Parasitologia  
 LACEN/FSPH

|                |            |           |
|----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: LACEN | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|----------------|------------|-----------|

## SERVIÇO DE DIAGNOSE DE INTOXICAÇÕES OCUPACIONAIS – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                                          | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)                                        | 120   | 10     | 2        |             |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                           | 120   | 10     | 2        |             |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | 120   | 10     | 2        |             |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                        | 120   | 10     | 2        |             |

## OUTRAS PRODUÇÕES

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO: ---

AValiação: ---

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
LACEN/FSPH

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**SERVIÇO DE INVESTIGAÇÃO E AVALIAÇÃO TOXICOLÓGICA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                     | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                               | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO        | 24    | 2      | 1        |             |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                    | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                        | 36    | 3      | 1        |             |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS        | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                       | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                  | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO                             | 12    | 1      | 0        |             |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                      | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO                             | 24    | 2      | 0        |             |
| 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | 120   | 10     | 0        |             |
| 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOINA                          | 120   | 10     | 1        |             |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO                              | 120   | 10     | 0        |             |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO                           | 12    | 1      | 0        |             |
| 02.02.07.031-0 | DOSAGEM DE SALICILATOS                        | 120   | 10     | 0        |             |

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE – AGROTOXICOS EM ÁGUA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                               | METAS        |            | PRODUÇÃO  | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------|-------------|
|                |                                                                                         | ANUAL        | MENSAL     |           |             |
| 02.13.02.005-0 | <b>ANALISE DE RESIDUOS DE PESTICIDAS</b>                                                | <b>4.260</b> | <b>355</b> | <b>16</b> |             |
|                | 2,4D                                                                                    | 60           | 5          | 0         |             |
|                | 3-(3,4-dichlorophenyl)-1,1-dimethylurea/Diuron (3-(3,4-diclorofenil)-1, 1-dimetiluréia) | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Abamectina                                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Acefato                                                                                 | 60           | 5          | 2         |             |
|                | Acetamiprid                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Alaclor                                                                                 | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Aldicarbe (2-methyl-2-(methylthio)propanal O-(N-methylcarbamoyl)oxime)                  | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Aldrin e Dieldrin                                                                       | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Amicarbazona                                                                            | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Aminopirralide                                                                          | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Atrazina                                                                                | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Atropina                                                                                | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Azoxistrobina                                                                           | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Bentazona                                                                               | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Carbamato                                                                               | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Carbendazim                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Carbofuran/ Carbofurano                                                                 | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Carbosulfan                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Carboxilato                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Cefamol                                                                                 | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Ciclopropano                                                                            | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Cipemetrina                                                                             | 60           | 5          | 2         |             |
|                | Clomazone                                                                               | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Clordano (isômeros)                                                                     | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Clorpirifós                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Cytrín                                                                                  | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Cyromazine                                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | DDT (isômeros)                                                                          | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Deltamethrin/ Deltametrina                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Dimethoate                                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Diuron                                                                                  | 60           | 5          | 2         |             |
|                | Endossulfan                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Endrin                                                                                  | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Famoxadone                                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Fipronil                                                                                | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Fluropixir                                                                              | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Glifosato                                                                               | 60           | 5          | 2         |             |
|                | Heptacloro e Heptacloroepóxido                                                          | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Hexaclorobenzeno                                                                        | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Hexazinona (3-ciclohexil-6-dimetilamino-1-metil-1,3,5-triazina-2,4(1H,3H)-diona)        | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Imidacloprid/ Imidacloprida                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Lindano (g-BHC)                                                                         | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Mancozeb/ Mancozebe                                                                     | 60           | 5          | 2         |             |
|                | Methidathion/ Metidationa                                                               | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metilcarbamato de oxima                                                                 | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metilico                                                                                | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metolaclo                                                                               | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metomil                                                                                 | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metoxicloro                                                                             | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Metsulfuron-metilico                                                                    | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Molinato                                                                                | 60           | 5          | 0         |             |
|                | Nicosulfuron                                                                            | 60           | 5          | 0         |             |

|                           |    |   |   |  |
|---------------------------|----|---|---|--|
| Paraquat                  | 60 | 5 | 2 |  |
| Pendimetalina             | 60 | 5 | 0 |  |
| Pentaclorofenol           | 60 | 5 | 0 |  |
| Permetrina                | 60 | 5 | 0 |  |
| Picloran                  | 60 | 5 | 2 |  |
| Propanil                  | 60 | 5 | 0 |  |
| Simazina                  | 60 | 5 | 0 |  |
| Sulfluramida              | 60 | 5 | 0 |  |
| Tebuconazol/ Tebuconazole | 60 | 5 | 0 |  |
| Tebuthiuron               | 60 | 5 | 0 |  |
| Tembotrione               | 60 | 5 | 0 |  |
| Thiamethoxam              | 60 | 5 | 2 |  |
| Tiofanato Metílico        | 60 | 5 | 0 |  |
| Tordon                    | 60 | 5 | 0 |  |
| Triclopir                 | 60 | 5 | 0 |  |
| Trifloxistrobina          | 60 | 5 | 0 |  |
| Trifluralina              | 60 | 5 | 0 |  |
| Trihalometano             | 60 | 5 | 0 |  |
| α, γ clordane             | 60 | 5 | 0 |  |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

Sandra Maria Araujo Menezes Cavalcante  
 Gestão de Coleta e Recepção de Amostras  
 LACEN/FSPH

Antonio Augusto Vieira de Almeida  
 Gestão de Diagnósticos de Produtos e Ambientes  
 LACEN/FSPH

|                |            |           |
|----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: LACEN | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|----------------|------------|-----------|

## SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL – VIGIAGUA

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                      | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|----------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                |                                                                | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| 02.13.02.007-6 | CULTURA P/ IDENTIFICACAO DO VIBRIO CHOLERAE EM ANALISE DE AGUA | 240    | 20     | 0        |             |
| 02.13.02.001-7 | ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA                       | 33.612 | 2.801  | 2882     |             |
|                | Coliformes totais                                              | 16.800 | 1.400  | 1441     |             |
|                | Escherichia coli                                               | 16.800 | 1.400  | 1441     |             |
|                | Cianotoxinas                                                   | 12     | 1      | 0        |             |
| 02.13.02.006-8 | ANALISE FISICO-QUIMICA DE AGUA                                 | 67.256 | 5.605  | 5698     |             |
|                | Aluminio                                                       | 8      | 1      | 0        |             |
|                | Amônia                                                         | 8      | 1      | 0        |             |
|                | Cobre                                                          | 8      | 1      | 0        |             |
|                | Cor                                                            | 16.800 | 1.400  | 1432     |             |
|                | Cromo                                                          | 8      | 1      | 0        |             |
|                | Ferro                                                          | 8      | 1      | 0        |             |
|                | Fluor                                                          | 16.800 | 1.400  | 1394     |             |
|                | Nitrato                                                        | 8      | 1      | 0        |             |
|                | pH                                                             | 16.800 | 1.400  | 1441     |             |
|                | Turbidez                                                       | 16.800 | 1.400  | 1431     |             |
|                | Zinco                                                          | 8      | 1      | 0        |             |

## SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL – VIGIAR

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO        | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                                  | ANUAL | MENSAL |          |             |
| FUNGOS PATOGENICOS E TOXIGENICOS | 12    | 1      | 0        |             |

## OUTRAS PRODUÇÕES

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:

Antonio Augusto Vieira de Almeida  
 Gestão de Diagnósticos de Produtos e Ambientes  
 LACEN/FSPH

|                |            |           |
|----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: LACEN | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|----------------|------------|-----------|

## SERVIÇO DE VIGILÂNCIA DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                    | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                              | ANUAL | MENSAL |          |             |
| -              | AFLATOXINA B1, B2, G1 E G2                                   | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | ANÁLISE DE ROTULAGEM (NBCAL)                                 | 360   | 30     | 0        |             |
| -              | ANÁLISE FÍSICO-QUÍMICA DA CARNE                              | 48    | 4      | 0        |             |
| -              | ANÁLISE MICROBIOLÓGICA EM ALIMENTOS DE SURTOS DE DTAS E DVHA | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | BOLORES E LEVEDURAS                                          | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | BROMATO DE POTÁSSIO                                          | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | COLIFORMES TERMOTOLERANTES                                   | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | COLIFORMES TOTAIS                                            | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | CONTAGEM PADRÃO EM PLACAS                                    | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | STAPHYLOCOCCUS AUREUS                                        | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | TEOR DE IODO EM SAL                                          | 240   | 20     | 0        |             |
| -              | COLIFORMES A 45°C                                            | 120   | 10     | 0        |             |
| -              | SALMONELLA sp                                                | 120   | 10     | 0        |             |
| 01.02.01.011-0 | COLETA DE AMOSTRA P/ ANÁLISE FISCAL                          | 120   | 10     | 0        |             |

## OUTRAS PRODUÇÕES

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

Antonio Augusto Vieira de Almeida  
 Gestão de Diagnósticos de Produtos e Amostras  
 LACEN/FSPH

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA DAS ZOONOSES E FATORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                     | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                               | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 02.02.01.030-9 | DOSAGEM DE COLINESTERASE                                      | 600   | 50     | 8        |             |
| 02.13.01.070-4 | TESTE DE SORONEUTRALIZAÇÃO P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA RAIVA | 600   | 50     | 26       |             |

**SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E VIGILÂNCIA DAS ZOONOSES E FATORES BIOLÓGICOS RELACIONADOS – ENTOMOLOGIA, PARASITOLOGIA E ZOONOSE**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                            | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                             |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                                                                      | ANUAL | MENSAL |          |                                                                         |
| -              | PARASITOLÓGICO DE MOLUSCO HOSPEDEIRO S. MANSONI                                                      | 960   | 80     | 0        |                                                                         |
| -              | PESQUISA DE CAMPO DE VETORES TRANSMISSORES DE DOENÇAS: TRIATOMÍNEOS; FLEBOTOMÍNEOS; ANOPHELES; CULEX | 60    | 5      | 3        | 03 VIAGENS PARA PESQUISA OVITRAMPAS                                     |
| -              | IDENTIFICAÇÕES DE VETORES TRANSMISSORES DE DOENÇAS: TRIATOMÍNEOS; FLEBOTOMÍNEOS; ANOPHELES; CULEX    | 6.000 | 500    | 1.072*   | 1.072 ESPÉCIMES = 06 ESCORPIÕES, 03 BARBEIROS, 1.063 OVOS DE CULICÍDEOS |
| -              | PESQUISA PARA OVITRAMPAS                                                                             | 1.800 | 150    | 40       | 40 PALETAS LIDAS                                                        |
| -              | EXAMES DE AVALIAÇÃO DE ESPECTRO DE GOTAS DAS BOMBAS DE UVV (FUMACE)                                  | 72    | 6      | 0        | ATIVIDADE DEPENDENTE DE DEMANDA PELA SES                                |
| 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS ANIMAL (LVC)                                              | 2.160 | 180    | 95       |                                                                         |
| 02.13.01.023-2 | IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA RAIVA ANIMAL                                  | 60    | 5      | 2        |                                                                         |
| 02.13.01.027-5 | EXAMES PARA IDENTIFICAÇÃO DO MOLUSCO HOSPEDEIRO S. MANSONI                                           | 1.920 | 160    | 0        |                                                                         |
| 02.13.01.046-1 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMAS (NO BARBEIRO)                                                              | 72    | 6      | 3        |                                                                         |
| 02.13.01.047-0 | PROVA BIOLÓGICA P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA RAIVA ANIMAL                                            | 60    | 5      | 2        |                                                                         |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS                                                                 | 3600  | 300    | 3        |                                                                         |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO                                                                        | 3600  | 300    | 3        |                                                                         |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:**

Relatório do Gal

**AValiação:**
**GEBIO:** A rotina de colísterase e avaliação de anticorpos anti-rápicos é de acordo com demanda da SES.  
**GEZEP:** 02/06/25 A 06/06/25 TREINAMENTO DE LEITURAS DE LARVAS DE CULICÍDEOS

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
LACEN/FSPH

Karine Dantas Moura  
Gestão de Zoonoses, Entomologia e Parasitologia  
LACEN/FSPH

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA DIÁLISE**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                        | METAS      |           | PRODUÇÃO  | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|-------------|
|                |                                                  | ANUAL      | MENSAL    |           |             |
| 02.13.02.001-7 | <b>ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA</b>  | <b>240</b> | <b>20</b> | <b>3</b>  |             |
|                | Díálise (Endotoxinas e Bactérias Heterotróficas) | 120        | 10        | 3         |             |
|                | Dialisato                                        | 120        | 10        | 0         |             |
| 02.13.02.006-8 | <b>ANALISE FISICO-QUIMICA DE AGUA</b>            | <b>840</b> | <b>70</b> | <b>12</b> |             |
|                | Cor aparente                                     | 120        | 10        | 3         |             |
|                | Turvação                                         | 120        | 10        | 3         |             |
|                | Sabor                                            | 120        | 10        | 0         |             |
|                | Odor                                             | 120        | 10        | 0         |             |
|                | Cloro residual livre                             | 120        | 10        | 0         |             |
|                | pH                                               | 120        | 10        | 3         |             |
|                | Fluor                                            | 120        | 10        | 3         |             |
|                |                                                  |            |           |           |             |

**VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                       | METAS      |           | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-------------------------------------------------|------------|-----------|----------|-------------|
|                |                                                 | ANUAL      | MENSAL    |          |             |
| 02.13.02.001-7 | <b>ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA</b> | <b>240</b> | <b>20</b> | <b>0</b> |             |
|                | Água em consultório odontológico                | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para consumo humano em hospitais           | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para laboratórios e postos de coleta       | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para consumo humano em clínicas            | 60         | 5         | 0        |             |
| 02.13.02.006-8 | <b>ANALISE FISICO-QUIMICA DE AGUA</b>           | <b>240</b> | <b>20</b> | <b>0</b> |             |
|                | Água em consultório odontológico                | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para consumo humano em hospitais           | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para laboratórios e postos de coleta       | 60         | 5         | 0        |             |
|                | Água para consumo humano em clínicas            | 60         | 5         | 0        |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:**

---

**AValiação:**

---

**RESPONSÁVEL PELA  
INFORMAÇÃO:**

Antonio Augusto Vieira de Almeida  
Gestão de Diagnósticos de Produtos e Ambientes  
LACEN/FSPH



|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**SEROLOGIA DOS DOADORES DE ÓRGÃOS**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                     | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|---------------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                               | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 05.01.07.001-0 | SEROLOGIA DE POSSÍVEL DOADOR DE CÔRNEA E ESCLERA              | 100%  | 100%   | 18       |             |
| 05.01.07.002-8 | SEROLOGIA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃO OU TECIDO EXCETO CÔRNEA | 100%  | 100%   | 7        |             |

**SEROLOGIA DOS RECEPTORES DE ÓRGÃOS**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|----------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                          | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 05.06.01.002-3 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO | 100%  | 100%   | 100%     |             |
|                | CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU        |       |        |          |             |
|                | PANCREAS                                                 |       |        |          |             |
|                | Citomegalovirus Quantitativo RT-PCR                      | 100%  | 100%   | 3        |             |
|                | BKV Quantitativo RT-PCR                                  | 100%  | 100%   | 0        |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

**FONTE DO DADO:** Relatório do Gal

**AVALIAÇÃO:** A rotina segue solicitação da Central de transplante

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra  
Gestão de Imunologia e Biologia Molecular  
LACEN/FSPH

|                |            |           |
|----------------|------------|-----------|
| UNIDADE: LACEN | MÊS: JUNHO | ANO: 2025 |
|----------------|------------|-----------|

|                    |
|--------------------|
| COLETA DE MATERIAL |
|--------------------|

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                             | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|-------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                |                                                       | ANUAL | MENSAL |          |             |
| 02.01.02.002-5 | COLETA DE LINFA PARA PESQUISA DE MICOBACTERIUM LEPRAE | 480   | 40     | 31       |             |
| 02.01.02.004-1 | COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL            | 2.640 | 220    | 456      |             |
|                | Micológico direto                                     | 720   | 60     | 94       |             |
|                | LTA                                                   | 120   | 10     | 0        |             |
|                | Sangue/Plasma/Líquidos corporais/Secreções            | 1.800 | 150    | 362      |             |

|                  |
|------------------|
| OUTRAS PRODUÇÕES |
|------------------|

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

|     |
|-----|
| --- |
|-----|

AVALIAÇÃO:

|     |
|-----|
| --- |
|-----|

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sandra Maria Araujo Menezes Cavalcante<br>Gestão de Coleta e Recepção de Amostras<br>LACEN/FSPH |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                   |                  |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: LACEN</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|-----------------------|-------------------|------------------|

**INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇASDE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – COLETA DE AMOSTRAS**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                    | METAS  |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------|-------------|
|                                                                              | ANUAL  | MENSAL |          |             |
| KIT PARA COLETA DE ÁGUA                                                      | 16.800 | 1.400  | 1534     |             |
| KIT PARA COLETA DE CD4/CD8; CARGA VIRAL PARA HIV                             | 18.000 | 1.500  | 1800     |             |
| KIT PARA SURTO DE DTA                                                        | 840    | 70     | 0        |             |
| KIT PARA COLETA DE SARAMPO                                                   | 120    | 10     | 0        |             |
| KIT SWAB DE RAYON E MEIO DE TRANSPORTE PARA UNIDADES SENTINELAS DE INFLUENZA | 12.000 | 1.000  | 3828     | Swabs       |
| KIT PARA COLETA DE MONKEYPOX                                                 | 600    | 50     | 15       |             |

**INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇASDE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – LABORATÓRIO DE PRODUÇÃO**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                    | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                                              | ANUAL | MENSAL |          |             |
| KIT CORANTES PARA BACILOSCOPIA               | 480   | 40     | 7        |             |
| KIT PARA DIAGNÓSTICOS DAS MENINGITES         | 1.800 | 150    | 50       |             |
| MEIOS DE CULTURA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS | -     | -      | 3269     |             |
| REAGENTES PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS        | 1.200 | 100    | 111      |             |

**INSUMOS DISTRIBUÍDOS PARA GARANTIA DA QUALIDADE DOS EXAMES LABORATORIAIS DE DOENÇASDE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA – REDELAB**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                               | METAS |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|---------------------------------------------------------|-------|--------|----------|-------------|
|                                                         | ANUAL | MENSAL |          |             |
| KIT DE TESTE RÁPIDO (LEISHMANIOSE) PARA HUSE/HU         | 60    | 5      | 0        |             |
| KIT DE TESTE RÁPIDO PARA LEISHMANIOSE ANIMAL (DPP)      | 360   | 30     | 19       |             |
| KIT DE TESTE RÁPIDO PARA ESQUISTOSSOMOSE (KATO KATZ)    | 480   | 40     | 18       |             |
| KIT DE TESTE RÁPIDO PARA MALÁRIA                        | 60    | 5      | 1        |             |
| KIT DE TESTE RÁPIDO MOLECULAR PARA TUBERCULOSE (TRM-TB) | 780   | 65     | 7        |             |

**OUTRAS PRODUÇÕES**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------|---------------------------|----------|-------------|
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |
|        |                           |          |             |

FONTE DO DADO:

---

AVALIAÇÃO:

---

 RESPONSÁVEL PELA  
 INFORMAÇÃO:

Sandra Maria Araujo Menezes Cavalcante  
 Gestão de Coleta e Recepção de Amostras  
 LACEN/FSPH

Tanisia Maria Barbosa de Almeida  
 Gestão de Produção de Insumos Estratégicos  
 LACEN/FSPH

Silvia Virginia Barreto Cruz  
 Gestão da REDELAB  
 LACEN/FSPH



**SVO**



| UNIDADE: SVO                                                                                                       |                                                                                            | MÊS: JUNHO | ANO: 2025                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS SVO                                                                |                                                                                            |            |                                                                                                |
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                          | METAS                                                                                      | PRODUÇÃO   | OBSERVAÇÕES                                                                                    |
|                                                                                                                    | ANUAL                                                                                      |            |                                                                                                |
| Instalar serviço de regulação de óbitos                                                                            | 100% dos recolhimentos de óbitos na                                                        | 0          | Aguardando aquisição e instalação do serviço                                                   |
| Instalar serviço de recolhimento de óbitos na grande Aracaju, através da aquisição de novos veículos tipo rabecão  | 100% dos óbitos ocorridos na grande Aracaju, devem ser recolhidos pelo serviço até 12/2025 | 10%        | Aguardano VIABILIZAÇÃO DE EQUIPE TECNICA DE MOTORISTAS PARA FROTA COMPLEMENTAR DE RECOLHIMENTO |
| Realizar treinamento de atualização da rede de saúde sobre encaminhamentos de óbitos ao serviço                    | 25% da rede da Grande Aracaju até 2025                                                     | 25%        | Aguardando mudança para nova sede a fim de comportar a demanda reprimida                       |
| Programar junto à implantação da necropsia macro, a captação de doação de córneas para o Banco de Olhos de Sergipe | Alcançar doação de córneas em 25% dos óbitos aptos                                         | 0          | Aguardando nova sede para instalação das atividades de necropsia macroscópica                  |

**ATIVIDADES EXECUTADAS PELOS SERVIÇOS DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                         | METAS                                          | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|-------------|
|                |                                                                                                   | ANUAL                                          |          |             |
| -              | TRIAGEM CLÍNICA                                                                                   | 100% dos óbitos atendidos                      | 170      |             |
| -              | NECROPSIA VERBAL                                                                                  | 100% dos óbitos atendidos para emissão de D.O. | 170      |             |
| 02.03.02.005-7 | NECRÓPSIA                                                                                         | 100% dos casos sem patologia esclarecida       | 0        |             |
| -              | AMOSTRAS ENCAMINHADAS PARA ANÁLISE BIÓPSIA ENVIADA A LABORATÓRIO DE PATOLOGIA MÉDICA TERCEIRIZADO | 100% dos casos sem patologia esclarecida       | 0        |             |
| -              | AMOSTRAS ENCAMINHADAS PARA CITOLOGIA PATOLÓGICA DE LÍQUIDOS VISCERAIS EM LABORATÓRIO TERCEIRIZADO | 100% dos casos sem patologia esclarecida       | 0        |             |

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                   | METAS                                                                    |            | PRODUÇÃO     | OBSERVAÇÕES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-------------|
|                                                                                                             | ANUAL                                                                    | MENSAL     |              |             |
| <b>NÚMERO DE ATENDIMENTOS</b>                                                                               | <b>3.600</b>                                                             | <b>300</b> | <b>249</b>   |             |
| Cadastro de óbitos no serviço com emissão de declaração de óbito                                            | 2.160                                                                    | 180        | 152          |             |
| Cadastro de óbitos para recolhimento na rede hospitalar pelo SVO                                            | 360                                                                      | 30         | 29           |             |
| Cadastro de óbitos para recolhimento em domicílio pelo SVO                                                  | 600                                                                      | 50         | 15           |             |
| Cadastro de óbitos para guarda da rede hospitalar                                                           | 240                                                                      | 20         | 11           |             |
| Cadastro de óbitos para guarda temporária por solicitação familiar                                          | 120                                                                      | 10         | 32           |             |
| Óbitos transferidos para o IML                                                                              | 120                                                                      | 10         | 10           |             |
| NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR CAUSA MORTE                                                                    | 85% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE DOPELO SVO NO SIM                  |            | 131          |             |
| NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR NECRÓPSIA VERBAL                                                               | 45% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE D.O. PELO SVO                      |            | 77%<br>131   |             |
| NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR NECROPSIA                                                                      | 90% DOS CASOS NECROPSIAS SEM PATOLOGIA ESCLARECIDA                       |            | #DIV/0!<br>0 |             |
| NÚMERO DE CASOS NÃO ESCLARECIDOS                                                                            | 15% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE D.O. PELO SVO APÓS CORREÇÃO NO SIM |            | 33           |             |
| NÚMEROS DE COLETAS DE AMOSTRAS PARA EXAMES LABORATORIAIS DE INVESTIGAÇÃO                                    | 480                                                                      | 40         | 181          |             |
| NÚMERO DE COLETAS DE ASSINATURAS DIGITAL PARA CONFIRMAÇÃO E IDENTIDADE PELO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO      | 480                                                                      | 40         | 20           |             |
| NÚMERO DE NECROPSIAS REALIZADAS                                                                             | 720                                                                      | 60         | 0            |             |
| NÚMERO DE AMOSTRAS PARA ANÁLISE BIÓPSIA ENVIADA A LABORATÓRIO DE PATOLOGIA MÉDICA TERCEIRIZADOS             | 14400                                                                    | 1200       | 0            |             |
| NÚMERO DE AMOSTRAS ENCAMINHADAS PARA CITOLOGIA PATOLÓGICA DE LÍQUIDOS VISCERAIS EM LABORATÓRIO TERCEIRIZADO | 1080                                                                     | 90         | 0            |             |

|                     |                   |                  |
|---------------------|-------------------|------------------|
| <b>UNIDADE: SVO</b> | <b>MÊS: JUNHO</b> | <b>ANO: 2025</b> |
|---------------------|-------------------|------------------|

**COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICAS PARA DIAGNOSTICO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                  | METAS                                                       |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|----------|-------------|
|                                            | ANUAL                                                       | MENSAL |          |             |
| CADASTRO DE EXAMES NO SISTEMA GAL DO LACEN | 100% casos suspeitos de doenças de interesse epidemiológico |        | 181      |             |

**COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICAS PARA DIAGNOSTICO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                | METAS                       |        | PRODUÇÃO  | OBSERVAÇÕES |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|-----------|-------------|
|                |                                                                                                                                                                          | ANUAL                       | MENSAL |           |             |
| 02.02.03.079-2 | <b>PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS</b>                                                                                                                       |                             |        | <b>22</b> |             |
|                | CHIKUNGUNYA                                                                                                                                                              | 100% das amostras coletadas |        | 11        |             |
|                | ZIKA                                                                                                                                                                     |                             |        | 11        |             |
| 02.02.03.081-4 | <b>PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA</b>                                                                                                              | 100% das amostras coletadas |        | 3         |             |
| 02.02.03.090-3 | <b>PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS</b>                                                                                                                       |                             |        | <b>33</b> |             |
|                | CHIKUNGUNYA                                                                                                                                                              | 100% das amostras coletadas |        | 11        |             |
|                | DENGUE                                                                                                                                                                   |                             |        | 11        |             |
|                | FEBRE AMARELA                                                                                                                                                            |                             |        | 0         |             |
|                | ZIKA                                                                                                                                                                     |                             |        | 11        |             |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)                                                                                                                    | 100% das amostras coletadas |        | 7         |             |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)                                                                                                                                 | 100% das amostras coletadas |        | 0         |             |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA ( BK )                                                                                                                                                    | 100% das amostras coletadas |        | 7         |             |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA                                                                                                                                                              | 100% das amostras coletadas |        | 1         |             |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS                                                                                                   | 100% das amostras coletadas |        | 7         |             |
| 02.13.01.058-5 | TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO                                                                                                                  | 100% das amostras coletadas |        | 81        |             |
| 02.13.01.072-0 | PESQUISA DE SARS-COVID-2 POR RT-PCR *                                                                                                                                    | 100% das amostras coletadas |        | 27        |             |
| -              | MENINGITE RT-PCR (Haemophilus influenzae/Neisseria meningitidis/Streptococcus pneumoniae)                                                                                | 100% das amostras coletadas |        | 0         |             |
| -              | MONKEYPOX RT-PCR                                                                                                                                                         | 100% das amostras coletadas |        | 0         |             |
| 02.02.04.013-5 | <b>PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES</b>                                                                                                                                   |                             |        | <b>6</b>  |             |
|                | PCR                                                                                                                                                                      | 100% das amostras coletadas |        | 3         |             |
|                | ELISA                                                                                                                                                                    |                             |        | 3         |             |
| 02.13.01.040-2 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA                                                                                                                                         | 100% das amostras coletadas |        | 27        |             |
| 02.13.01.041-0 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA MENINGITE VIRAL (ADENOVÍRUS / CMV / EPSTEIN-BARR / HERPES 1, 2, 6 E 7 / VARICELA ZOOSTER / PARECHOVÍRUS / PARVOVÍRUS B19 / ENTEROVÍRUS / CAXUMBA) | 100% das amostras coletadas |        | 0         |             |
| 02.13.01.042-9 | ISOLAMENTO DO VIRUS DA POLIOMIELITE                                                                                                                                      | 100% das amostras coletadas |        | 0         |             |
| 02.13.01.058-5 | TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO                                                                                                                  | 100% das amostras coletadas |        | 4         |             |

**COLETA DE AMOSTRA BIOLÓGICAS PARA DIAGNOSTICO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                        | METAS                       |        | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|-------------|
|                                                                                  | ANUAL                       | MENSAL |          |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO ( PUÉRPERA ATÉ 12 MESES APÓS PARTO E OU ABORTO)     | 100% dos óbitos enquadrados |        | 1        |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO FETAL                                                       | 100% dos óbitos enquadrados |        | 1        |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL                                | 100% dos óbitos enquadrados |        | 5        |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO POR TUBERCULOSE                            | 100% dos óbitos enquadrados |        | 7        |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA ZIKA                                  | 100% dos óbitos enquadrados |        | 11       |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA DENGUE                                | 100% dos óbitos enquadrados |        | 11       |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA CHIKUNGUNYA                           | 100% dos óbitos enquadrados |        | 11       |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA SARS- COVID                           | 100% dos óbitos enquadrados |        | 27       |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA SARAMPO                               | 100% dos óbitos enquadrados |        | 4        |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA INFLUENZA (POR NOVO SUBTIPO)          | 100% dos óbitos enquadrados |        | 27       |             |
| NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA EVENTOS ADVERSOS GRAVES POS VACINAÇÃO | 100% dos óbitos enquadrados |        | 0        |             |

**FORTEALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE ESTADUAL NOS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO DE ÓBITOS AO SVO.**

| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO                                                                               | METAS       | PRODUÇÃO | OBSERVAÇÕES                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                         | ANUAL       |          |                                                                                                                       |
| PADRONIZAR JUNTO A REDE DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS FORMULÁRIO E FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE ÓBITOS AO SVO | 25% da rede |          | AGUARDANDO MUDANÇA PARA NOVA SEDE , PARA INSTALAÇÃO DE NOVO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE ÓBITOS E TREINAMENTO DA REDE . |

**FONTE DO DADO:**

===

**AValiação:**

===

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

Patricia Ribeiro de Araujo Barroso  
Superintendência do SVO  
SVO/FSPH



# **ANEXOS**



**AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO**
**Informações Gerais e Identificação do Serviço**
**Da Agência Transfusional**

Razão Social : **Clínica Santa Helena Ltda**  
 Nome Fantasia : **Clínica Santa Helena Ltda**  
 Número do CNPJ : **13.086.053/0001-19**  
 Município : **Aracaju** UF : **SE**  
 Natureza do Serviço : **Privado**  
 CNES Nº : **0002593**  
 Licença Sanitária : **50.591/2024**  
 Data de Validade : **25/03/2025**  
 Tipo de Serviço : **Assistência Hemoterápica**

**Da Visita**

Período da Visita : **09/06/2025** a **09/06/2025**  
 Data da Última Visita : **12/08/2024**

**Conclusão :**

*Foi constatada a existência do espaço físico específico para armazenamento dos documentos pertinentes a hemoterapia como registros de solicitação de hemocomponentes, registros de entrada e saída, bem como, geladeiras específicas para armazenamento temporário de amostras de pacientes e hemocomponentes, os registros citados, os de temperatura e manutenção dos equipamentos todos em perfeita ordem e atualizados. A unidade fornecedora dos hemocomponentes e o IHHS, oferecem capacitação para a equipe de enfermagem.*

**Medidas Adotadas :**
**Equipe de Visita :**
**Jandson Marques e Layla Brito**
**OBSERVAÇÕES :**

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| Recursos Humanos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sim | Não | N.A. |
| 2.1. Pessoal qualificado/capacitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X   |     |      |
| 2.2. Supervisão técnica por profissional de nível superior habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Infraestrutura da Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | N.A. |
| 3.1. Área física conforme legislação vigente*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| * Para transfusões ambulatoriais, área física específica e de acordo com as normas técnicas definidas para transfusões em pacientes internados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |
| 3.2. Equipamentos qualificados e em conformidade com as técnicas utilizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X   |     |      |
| 3.3. Calibração de pipetas e termômetros dentro do prazo de validade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     | X    |
| 3.4. Insumos utilizados registrados e/ou autorizados pela ANVISA, dentro do prazo de validade e armazenados de acordo com a especificação do fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |
| 3.5. Armazenamento de hemocomponentes, reagentes e amostras em equipamento específico para esse fim, com monitoramento de temperatura, de forma ordenada, racional e em áreas separadas devidamente identificadas. <sup>1,2</sup><br>1. No caso de serviços de pequeno porte (poucas transfusões por mês), se armazena concentrados de hemácias no mesmo equipamento, o armazenamento é feito de forma segregada.<br>2. Para a avaliação da cadeia de frio da AT devem-se aplicar os itens de controle referentes ao armazenamento do Módulo IV.                                             | X   |     |      |
| 3.6. Controle e registro da temperatura do ambiente (22 ± 2°C) - qualquer alteração neste intervalo deve ser tecnicamente justificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Procedimentos Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 4.1. POP atualizado e disponível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X   |     |      |
| 4.1.1 Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.2. A requisição de transfusão contém: Identificação do receptor (nome completo, identificação do serviço de saúde, nome da mãe (se possível), sexo, peso (se indicado), data de nascimento, prontuário do paciente ou registro do receptor, no do leito e localização intra hospitalar (se receptor internado), hemocomponente solicitado, quantidade ou volume solicitado, indicação (tipos de transfusões, diagnóstico, resultados laboratoriais que justificam a indicação) antecedentes transfusionais, data da requisição, assinatura e nº de inscrição no CRM do médico solicitante. | X   |     |      |
| 4.3. PFC e o CRIO descongelados, quando em banho-maria, em temperatura que não exceda a 37°C, com a bolsa protegida de forma que não entre em contato com a água e transfundida até, no máximo, 24h se armazenado a 4 ± 2°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 4.4. Transporte e acondicionamento de hemocomponentes compatibilizados para transfusão e amostras de pacientes para testes pré-transfusionais em recipientes rígidos, fechamento seguro e por pessoal treinado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.5. Registros das atividades do Comitê Transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.6. A ficha ou registro do receptor no serviço de hemoterapia contém registros de todos os resultados dos testes pré-transfusionais, data e identificação de hemocomponentes transfundidos, antecedentes de reações adversas à transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X   |     |      |
| Testes Pré-Transfusionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim | Não | N.A. |
| 4.7.1. Realiza inspeção visual da bolsa de sangue (coloração, integridade do sistema fechado, hemólise ou coágulos, data de validade) antes da realização da prova de compatibilidade e com os dados da etiqueta de liberação (cartão de transfusão).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.7.2. Coleta de amostras de pacientes realizada por profissional da saúde devidamente treinado para esta atividade, mediante protocolos definidos pelo serviço de hemoterapia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.2.1. Identificação do tubo da amostra no momento da coleta: nome completo do receptor, número de identificação ou localização no serviço de saúde, data da coleta e identificação da pessoa que realizou a coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.3. Guarda de aliquotas do soro ou plasma do receptor e segmentos (tubos) das bolsas transfundidas, em temperatura de 2 a 6°C, por pelo menos 3 dias (72 h) em equipamento/área específica e identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.4. Tipagem ABO direta do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.5. Tipagem ABO reversa do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.6. Determinação do fator RhD na amostra do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.1. Em caso de receptor RhD negativo, pesquisa de D fraco ou transfunde hemocomponente Rh negativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.2. Utilizam na rotina os soros para anti-RhD e controle de RhD do mesmo fabricante*. Caso resultado do soro controle for positiva considera inválida a tipagem.<br>* No caso de utilização de reagente anti-D produzido em meio salino, sem interferentes proteicos, não é obrigatório o uso de soro controle.                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.7. Retipificação ABO (direta) e RhD* no sangue do doador de hemocomponente eritrocitários (sangue total, concentrados de Hemácias e Granulócitos).<br>* Repetição da tipagem RhD somente deve ser realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.8. Pesquisa anticorpos irregulares (PAI) na amostra de receptores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.9. Adota/registra procedimento para resolução de discrepância ABO, RhD, com resultados anteriores e outras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.10. Realiza prova de compatibilidade para hemocomponentes eritrocitários (exceto em transfusões autólogas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.11. Ensaios realizados rigorosamente de acordo com instrução do fabricante do reagente/kit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.12. Protocolos e registros dos ensaios (dados brutos, resultados, interpretações) realizados contendo identificação dos testes, nome do fabricante do reagente/kit, número do lote, prazo de validade e identificação do responsável pela execução do(s) ensaio(s).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.13. Reagentes/soluções aliquotadas ou manipuladas segundo determinação do fabricante com rótulo de identificação, data do preparo, data de validade e profissional responsável pelo procedimento, devidamente validado e registrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 4.7.14. Realiza/registra CQI – Controle de Qualidade Interno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     | X    |
| 4.7.14.1. Caso o próprio serviço prepare as amostras utilizadas no CQI, essas são caracterizadas e produzidas mediante processo validado, de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.14.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades nos resultados do CQI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15. Participa de AEQ – Avaliação Externa da Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.1. O teste da amostra do painel de controle de qualidade externo é realizado nas mesmas condições e procedimentos adotados na rotina laboratorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.16. Controle de qualidade de reagentes, incluindo inspeção visual, lote a lote e por remessa de reagentes em uso a fim de comprovar se os mesmos estão dentro do padrão estabelecido pelo fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| Ato transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | Não | N.A. |
| 4.8.1. Procedimento realizado sob supervisão médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.2. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.3. Etiqueta de liberação da bolsa de sangue para transfusão (cartão de transfusão) contendo: identificação numérica/alfanumérica do receptor (nome completo, número de registro e localização – hospital, enfermaria, leito), grupo ABO e tipo RhD do receptor; nº. de identificação do hemocomponente com grupo ABO e tipo RhD; conclusão do teste de compatibilidade; data e nome do responsável pela realização dos testes pré – transfusionais e sua liberação para uso, data do envio do hemocomponente para transfusão, além das instruções ao ato transfusional. | X   |     |      |
| 4.8.4. Etiqueta afixada à bolsa até o término da transfusão sem obstruir informações da bolsa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.8.5. Confirmam antes do início da transfusão: identificação do paciente; dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa; validade do produto e a integridade da bolsa (inspeção visual).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X   |     |      |
| 4.8.6. Condições adequadas de armazenamento dos hemocomponentes antes da transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.7. Durante a transfusão: acompanhamento de médico ou profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros 10 minutos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.8.8. Monitoramento periódico do paciente durante o transcurso do ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.8.9. Tempo máximo de infusão de unidades de sangue e hemocomponentes até 4 (quatro) horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| 4.8.10. Registra em prontuário do paciente: os sinais vitais (temperatura, PA e pulso) no início e no final da transfusão, a data da transfusão, a hora de início e término da transfusão, a origem e os números das bolsas dos hemocomponentes transfundidos, identificação do profissional que realizou o procedimento transfusional, reações adversas, quando couber.                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| 4.8.11. Protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.12. Arquiva todos os registros pertinentes à transfusão conforme legislação vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| Procedimentos de testes pré-transfusionais em RN até 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sim | Não | N.A. |
| 4.9.1. Protocolo de transfusão de neonatos e crianças até 4 meses de vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X   |     |      |
| 4.9.2. Tipagem ABO (direta) e RhD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X   |     |      |
| 4.9.3. Caso ocorra presença de anti-A e Anti-B no soro ou plasma do neonato, transfunde conc. hemácias O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X   |     |      |
| 4.9.4. Pesquisa de anticorpos irregulares na amostra pré-transfusional inicial, empregando soro da mãe ou eluato do neonato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| 4.9.5. Realiza transfusão em RN abaixo de 1.200g com produtos leucorreduzidos ou não reagentes para CMV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| Procedimentos Especiais em Transfusão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim | Não | N.A. |
| 5.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para aquecimento de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     | X    |
| 5.2. Protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 5.2.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco envolvido e concorde com o procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     | X    |
| 5.2.2. Rótulo com indicação de hemocomponentes liberados sem a realização de testes pré transfusionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 5.3. Protocolo para liberação de sangue incompatível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 5.3.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente quando possível pelo próprio paciente ou responsável legal deste, em concordância com o procedimento e os riscos envolvidos. Justificativa por escrito caso o paciente ou o seu responsável não possam assinar o termo.                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 5.4. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão maciça.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 5.5. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão intrauterina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |
| 5.6. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão em pacientes aloimunizados (anticorpos específicos para antígenos eritrocitários ou do sistema HLA/HPA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.6.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico responsável pelo serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 5.7. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão de substituição adulta e em recém-nascido (exsangüineotransfusão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 5.7.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| Transfusão autóloga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 5.8.1. Médico do serviço de hemoterapia responsável pelo programa de transfusão autóloga.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 5.8.2. Protocolo de transfusão autóloga pré, peri e/ou pós-operatória.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 5.8.2.1. Unidade obtida no Pré-operatório (hemodiluição normovolêmica): usada no doador/paciente até 24 h depois da coleta se armazenadas a 4 ± 2°C ou até 8h se armazenado entre 20 e 24°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.8.2.2. Recuperação intraoperatória por meio de equipamentos específicos para tal finalidade, sangue recuperado usado somente pelo paciente e até 4 h da coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Transfusão domiciliar                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 5.9.1. Procedimento realizado na presença de médico durante o ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.9.2. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão domiciliar.                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.9.2.1. Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.9.3. Medicamentos, materiais e equipamentos disponíveis para situações de emergência.                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 5.9.4. Registro dos procedimentos realizados.                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| Sangria Terapêutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 5.10.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para sangria terapêutica.                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.10.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| Aférese terapêutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 6.1.1. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| 6.1.2. Procedimentos realizados sob responsabilidade de médico hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| 6.2.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos/metodologia empregada para aférese terapêutica.                                                                                                                                                                                                     |            |            | X           |
| 6.2.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico do paciente e concordância com o hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                              |            |            | X           |
| 6.2.3. Registro do procedimento: identificação do paciente, diagnóstico, tipo de procedimento terapêutico, método empregado, volume sanguíneo extracorpóreo, e tipo e quantidade do componente removido ou tratado, tipo e quantidade dos líquidos utilizados, medicação administrada e qualquer reação adversa ocorrida. |            |            | X           |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

### RELATÓRIO DE RESULTADOS

**Critérios para classificação da Criticidade :**

**Nível de Criticidade I** - Afeta em grau não crítico o risco, podendo ou não interferir na

**Nível de Criticidade II** - Contribui, mas não determina exposição a risco se não

**Nível de Criticidade III** - Determina exposição a risco se não cumprido ou cumprido

**Critérios para classificação quanto ao Risco :**

Total de itens cumpridos inferior a 60% : **ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 60% e 69,99% : **MÉDIO ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 70% e 79,99% : **MÉDIO RISCO POTENCIAL**

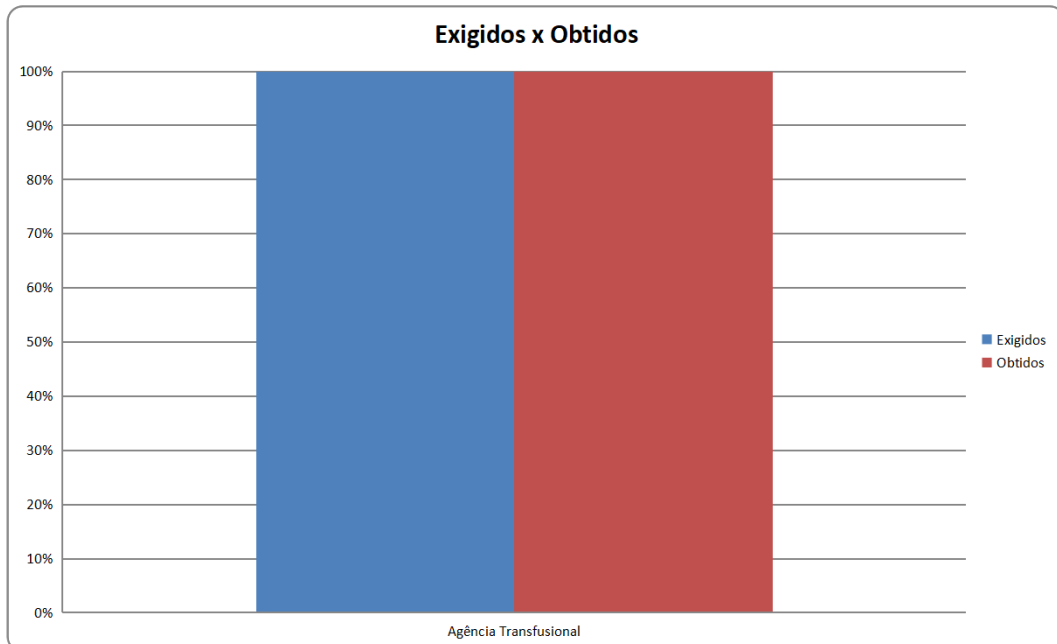
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos maior ou igual a 95% : **BAIXO RISCO POTENCIAL**

| Módulos Aplicados na Inspeção | Níveis de Criticidade |       |                |        |                 |        | Pontos Obtidos (Total) | (%)     |
|-------------------------------|-----------------------|-------|----------------|--------|-----------------|--------|------------------------|---------|
|                               | Criticidade I         |       | Criticidade II |        | Criticidade III |        |                        |         |
|                               | Total                 | (%)   | Total          | (%)    | Total           | (%)    |                        |         |
| Agência Transfusional         | 0,00                  | 0,00% | 1.928,51       | 30,66% | 4.362,12        | 69,34% | 6.290,63               | 100,00% |
| Total Geral                   | 0,00                  | 0,00% | 1.928,51       | 30,66% | 4.362,12        | 69,34% | 6.290,63               | 100,00% |

**Classificação quanto ao Risco Potencial, segundo as respostas obtidas nos módulos da Avaliação da Agência Transfusional:** **Baixo Risco Potencial**

**Pontuação Alcançada: 100,000%**



**Considerações Finais :**

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                |            |                      |
|------------------------------------------------|------------|----------------------|
| <b>1. Informações Gerais</b>                   |            |                      |
| 1.1 Identificação do Estabelecimento           |            |                      |
| Razão Social: <b>CLÍNICA SANTA HELENA LTDA</b> |            |                      |
| Nome Fantasia: <b>CLÍNICA SANTA HELENA</b>     |            |                      |
| CNPJ: 13.086.053/0001-19                       |            |                      |
| CNES: 0002593                                  |            |                      |
| Endereço: Rua Frei Paulo, 331                  |            | Bairro: Suissa       |
| Município: Aracaju                             | Estado/SE  | CEP:                 |
| Telefone: (79) 3216 - 1400                     | Ramal 1494 |                      |
| Natureza do Serviço: Privado                   |            |                      |
|                                                |            |                      |
| Nº licença sanitária: 50.591/2024              |            | Validade: 25/03/2025 |

|                                                                     |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>2. Recursos Humanos</b>                                          |  |  |
| 2.1. Responsável técnico pela unidade de Saúde                      |  |  |
| Dr. Marcos Alves Pavione. CRM – 3683                                |  |  |
| E-mail: direcaoclinica@clnicasantahelena.com.br                     |  |  |
| 2.2. Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia:               |  |  |
| Dr. Carlos Souza Guimarães CRM/SE – 1952                            |  |  |
| E-mail: gerencia.ihhs@gmail.com                                     |  |  |
| 2.3. Coordenadora do Centro Cirúrgico e dos Serviços Hemoterápicos: |  |  |
| Enf.: Raquel Xavier de Andrade – COREN/SE – 376.358                 |  |  |
| E-mail: centrocirurgico@clnicasantahelena.com.br                    |  |  |
| 2.4. Gerente e RT de Enfermagem                                     |  |  |
| Enf.: Derijulie Siqueira de Sousa COREN/SE – 166.710                |  |  |
| E-mail: derijulie.sousa@clnicasantahelena.com.br                    |  |  |
| Celular: 79-9-9926-0357                                             |  |  |
| 2.5. Enfermeira da Qualidade:                                       |  |  |
| Enf.: Rayssa Helena dos Santos – COREN/SE – 736.876                 |  |  |
| E-mail: qualidade@clnicasantahelena.com.br                          |  |  |
| 2.6. Acompanham a visita de monitoramento:                          |  |  |
| Enf.: Derijulie Siqueira de Sousa COREN/SE – 166.710                |  |  |
| Enf.: Raquel Xavier de Andrade – COREN/SE – 376.358                 |  |  |
| Téc. Lab. do IHHS – Carmen Felix Vasconcelos                        |  |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>3. Inspeção</b>                 |  |
| 3.1. Data da inspeção: 09/06/2025. |  |
| 3.2. Objetivo                      |  |



|                                                                                  |                                                            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inspecionar e monitorar a Agência transfusional, a fim de garantir a segurança e qualidade dos serviços. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <b>4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:</b> |
|                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. Conclusão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>5.1. A unidade de Saúde supracitada, faz uso de hemocomponentes direcionados aos receptores sendo, portanto, classificado o serviço de Assistência Hemoterápica (Pronto Uso), a unidade fornecedora dos hemocomponentes é o IHHS (Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe).</p> <p>5.2. A visita ocorreu em aproximadamente 1h e 30 min (Uma Hora e trinta minutos), sendo recepcionados pela Enf.: Raquel Xavier e demais colaboradores relacionados no item 2.6 do presente relatório. Foi constatada a existência do espaço físico específico para armazenamento dos documentos pertinentes a hemoterapia como registros de solicitação de hemocomponentes, registros de entrada e saída, bem como, geladeiras específicas para armazenamento temporário de amostras de pacientes e hemocomponentes, os registros citados e demais listados no <i>Check List</i>, todos em ordem e atualizados.</p> <p>5.3. A equipe de enfermagem realiza o ato transfusional nas áreas da urgência, centro cirúrgico, UTI neonatal e internação. Os registros são realizados em prontuário eletrônico, onde, após alta dos pacientes, essas documentações são impressas e fichadas em uma pasta específica para auxiliar no monitoramento pós transfusão desses pacientes.</p> <p>5.4. Foi constatado uso de placa a beira leito que sinaliza como alerta para a equipe de enfermagem os pacientes durante o uso de hemocomponentes, porém neste dispositivo não há campo designado ao monitoramento da hemovigilância de 24 horas após o término do procedimento. Nos registros de enfermagem ficaram evidentes a realização de dupla checagem, e o monitoramento com verificação de sinais vitais antes, no transcorrer e ao término da transfusão, bem como a presença de profissional capacitado a beira leito nos primeiros dez minutos de transfusão. Os protocolos de enfermagem relacionados ao ato transfusional e manejo diante de efeitos adversos encontram-se completos e atualizados, de acordo com a legislação hemoterápica. Foi informado o registro de um efeito adverso, em março onde possui relato de todos os procedimentos realizados para prosseguimento da devida investigação e notificação. Apresentou atas de reuniões referente ao comitê transfusional e treinamento da equipe relacionado ao ato transfusional e eventos adversos.</p> <p>5.5. Sugerimos com o monitoramento da unidade as seguintes orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixar os extratos das notificações de suspeita de reação transfusional na sala de hemoterapia juntamente com o livro de Eventos Adversos Relacionados a</li> </ul> |

**HEMORREDE / SE**

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

Transfusional.

- Disponibilizar um POP dos procedimentos da Técnica de laboratório frente a uma suspeita de reação transfusional, na sala de armazenamento dos hemocomponentes.
- Incluir em dispositivo de placa beira leito campo para monitoramento de hemovigilância de 24 horas, bem como planilhar dados coletados.
- Ao realizar reprodução de registros em forma física, a partir do prontuário eletrônico, incluir impresso de ficha de TCLE assinada, como cópia de segurança.

5.6. Diante do exposto a unidade de saúde supracitada não apresentou nenhuma não – Conformidade nos critérios avaliados, baseados nas legislações de hemoterapia vigentes.

## 6. Anexos:

### ✓ Durante a inspeção foi realizado o *Check List* abaixo:

- ✓ A equipe técnica de trabalho;
- ✓ Registros de entrada e destino final dos hemocomponentes;
- ✓ Anotações de temperaturas de transporte e dos aparelhos de armazenamento dos hemocomponentes;
- ✓ Visualização da disposição e organização dos armazenamentos dos diversos hemocomponentes na AT;
- ✓ Registros de Limpeza dos equipamentos de bancadas, das caixas de transporte e aparelhos de armazenamentos de hemocomponente;
- ✓ Livros de anotações de Ocorrências diárias, livros de Eventos Adversos Relacionados à Transfusão;
- ✓ Visualização das Caixas de transporte limpeza e identificação;
- ✓ Observadas evidências do acompanhamento e monitoramento do ato transfusional;
- ✓ Observado conhecimento técnico da instalação dos hemocomponentes,
- ✓ Os POPs de enfermagem referente à transfusão se completos e atualizados;
- ✓ Observado conhecimento técnico da equipe sobre Eventos Adversos Relacionados a Transfusão;
- ✓ Registros de Capacitações em Hemoterapia;

## 7. Equipe Técnica da Inspeção

Aracaju - SE, 09 de junho de 2025.

  
**Jandson Marques de Menezes**  
 Biomédico da Hemorrede/SE  
 CRBM2 – 1868

  
**Layla Suianny Brito Silveira**  
 Enfermeira da Hemorrede  
 COREN/SE – 277.865 ENF

### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

|                                                                                  |                                                            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

**Orientações da Gerência da Hemorrede:** O serviço foi classificado como **Baixo risco Potencial**. Parabéns pela pontuação alcançada. A Hemorrede/SE se coloca a disposição para qualquer esclarecimento, caso necessário procurar nossos técnicos.



## REFERÊNCIAS:

## LEGISLAÇÃO

**RDC 34 de 11/06/2014** - Dispõe sobre as boas práticas no Ciclo do Sangue.

**PORTARIA 158 de 05/fev/ 2016** – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO MS-GM nº 5 de 28/09/2017** – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

**PORTARIA Nº 370 de 07/05/2014**- que trata exclusivamente do transporte de sangue Hemocomponentes para fins terapêuticos.

## HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

**AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO**
**Informações Gerais e Identificação do Serviço**
**Da Agência Transfusional**

 Razão Social : **DIAPERUM ASSISTÊNCIA MÉDICA E NEFROLOGIA LTDA**

 Nome Fantasia : **DIAPERUM CIRURGIA\* \* \***

 Número do CNPJ : **59.650.366/0003-10**

 Município : **Aracaju**

 UF : **SE**

 Natureza do Serviço : **Privado-SUS**

 CNES Nº : **2469715**

 Licença Sanitária : **50.868/2024**

 Data de Validade : **09/04/2025**

Tipo de Serviço :

**Da Visita**

 Período da Visita : **16/06/2025** a **16/06/2025**

 Data da Última Visita : **03/06/2024**

Conclusão :

*Recentimento a Clínica Diaperum mudou-se para esse novo endereço e aqui houve ampliação dos serviços oferecidos com melhor e mais moderna infraestrutura com capacidade de 100 hemodiálise por turno, funcionando das 06h às 22h.*

Medidas Adotadas :

 Equipe de Visita : **JANDSON MARQUES e JEANE ROCHA**

OBSERVAÇÕES :

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| Recursos Humanos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sim | Não | N.A. |
| 2.1. Pessoal qualificado/capacitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X   |     |      |
| 2.2. Supervisão técnica por profissional de nível superior habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Infraestrutura da Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | N.A. |
| 3.1. Área física conforme legislação vigente*<br>* Para transfusões ambulatoriais, área física específica e de acordo com as normas técnicas definidas para transfusões em pacientes internados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     | X    |
| 3.2. Equipamentos qualificados e em conformidade com as técnicas utilizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 3.3. Calibração de pipetas e termômetros dentro do prazo de validade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     | X    |
| 3.4. Insumos utilizados registrados e/ou autorizados pela ANVISA, dentro do prazo de validade e armazenados de acordo com a especificação do fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 3.5. Armazenamento de hemocomponentes, reagentes e amostras em equipamento específico para esse fim, com monitoramento de temperatura, de forma ordenada, racional e em áreas separadas devidamente identificadas. <sup>1,2</sup><br>1. No caso de serviços de pequeno porte (poucas transfusões por mês), se armazena concentrados de hemácias no mesmo equipamento, o armazenamento é feito de forma segregada.<br>2. Para a avaliação da cadeia de frio da AT devem-se aplicar os itens de controle referentes ao armazenamento do Módulo IV.                                             |     |     | X    |
| 3.6. Controle e registro da temperatura do ambiente (22 ± 2°C) - qualquer alteração neste intervalo deve ser tecnicamente justificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| Procedimentos Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 4.1. POP atualizado e disponível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X   |     |      |
| 4.1.1 Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.2. A requisição de transfusão contém: Identificação do receptor (nome completo, identificação do serviço de saúde, nome da mãe (se possível), sexo, peso (se indicado), data de nascimento, prontuário do paciente ou registro do receptor, no do leito e localização intra hospitalar (se receptor internado), hemocomponente solicitado, quantidade ou volume solicitado, indicação (tipos de transfusões, diagnóstico, resultados laboratoriais que justificam a indicação) antecedentes transfusionais, data da requisição, assinatura e nº de inscrição no CRM do médico solicitante. | X   |     |      |
| 4.3. PFC e o CRIO descongelados, quando em banho-maria, em temperatura que não exceda a 37°C, com a bolsa protegida de forma que não entre em contato com a água e transfundida até, no máximo, 24h se armazenado a 4 ± 2°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 4.4. Transporte e acondicionamento de hemocomponentes compatibilizados para transfusão e amostras de pacientes para testes pré-transfusionais em recipientes rígidos, fechamento seguro e por pessoal treinado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.5. Registros das atividades do Comitê Transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.6. A ficha ou registro do receptor no serviço de hemoterapia contém registros de todos os resultados dos testes pré-transfusionais, data e identificação de hemocomponentes transfundidos, antecedentes de reações adversas à transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X   |     |      |
| Testes Pré-Transfusionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim | Não | N.A. |
| 4.7.1. Realiza inspeção visual da bolsa de sangue (coloração, integridade do sistema fechado, hemólise ou coágulos, data de validade) antes da realização da prova de compatibilidade e com os dados da etiqueta de liberação (cartão de transfusão).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.7.2. Coleta de amostras de pacientes realizada por profissional da saúde devidamente treinado para esta atividade, mediante protocolos definidos pelo serviço de hemoterapia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.2.1. Identificação do tubo da amostra no momento da coleta: nome completo do receptor, número de identificação ou localização no serviço de saúde, data da coleta e identificação da pessoa que realizou a coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.3. Guarda de aliquotas do soro ou plasma do receptor e segmentos (tubos) das bolsas transfundidas, em temperatura de 2 a 6°C, por pelo menos 3 dias (72 h) em equipamento/área específica e identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.4. Tipagem ABO direta do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.5. Tipagem ABO reversa do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.6. Determinação do fator RhD na amostra do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.1. Em caso de receptor RhD negativo, pesquisa de D fraco ou transfunde hemocomponente Rh negativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.2. Utilizam na rotina os soros para anti-RhD e controle de RhD do mesmo fabricante*. Caso resultado do soro controle for positiva considera inválida a tipagem.<br>* No caso de utilização de reagente anti-D produzido em meio salino, sem interferentes proteicos, não é obrigatório o uso de soro controle.                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.7. Retipificação ABO (direta) e RhD* no sangue do doador de hemocomponente eritrocitários (sangue total, concentrados de Hemácias e Granulócitos).<br>* Repetição da tipagem RhD somente deve ser realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.8. Pesquisa anticorpos irregulares (PAI) na amostra de receptores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.9. Adota/registra procedimento para resolução de discrepância ABO, RhD, com resultados anteriores e outras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.10. Realiza prova de compatibilidade para hemocomponentes eritrocitários (exceto em transfusões autólogas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.11. Ensaios realizados rigorosamente de acordo com instrução do fabricante do reagente/kit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.12. Protocolos e registros dos ensaios (dados brutos, resultados, interpretações) realizados contendo identificação dos testes, nome do fabricante do reagente/kit, número do lote, prazo de validade e identificação do responsável pela execução do(s) ensaio(s).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.13. Reagentes/soluções aliquotadas ou manipuladas segundo determinação do fabricante com rótulo de identificação, data do preparo, data de validade e profissional responsável pelo procedimento, devidamente validado e registrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 4.7.14. Realiza/registra CQI – Controle de Qualidade Interno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     | X    |
| 4.7.14.1. Caso o próprio serviço prepare as amostras utilizadas no CQI, essas são caracterizadas e produzidas mediante processo validado, de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.14.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades nos resultados do CQI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15. Participa de AEQ – Avaliação Externa da Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.1. O teste da amostra do painel de controle de qualidade externo é realizado nas mesmas condições e procedimentos adotados na rotina laboratorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.16. Controle de qualidade de reagentes, incluindo inspeção visual, lote a lote e por remessa de reagentes em uso a fim de comprovar se os mesmos estão dentro do padrão estabelecido pelo fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| Ato transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | Não | N.A. |
| 4.8.1. Procedimento realizado sob supervisão médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.2. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.3. Etiqueta de liberação da bolsa de sangue para transfusão (cartão de transfusão) contendo: identificação numérica/alfanumérica do receptor (nome completo, número de registro e localização – hospital, enfermaria, leito), grupo ABO e tipo RhD do receptor; nº. de identificação do hemocomponente com grupo ABO e tipo RhD; conclusão do teste de compatibilidade; data e nome do responsável pela realização dos testes pré – transfusionais e sua liberação para uso, data do envio do hemocomponente para transfusão, além das instruções ao ato transfusional. | X   |     |      |
| 4.8.4. Etiqueta afixada à bolsa até o término da transfusão sem obstruir informações da bolsa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.8.5. Confirmam antes do início da transfusão: identificação do paciente; dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa; validade do produto e a integridade da bolsa (inspeção visual).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X   |     |      |
| 4.8.6. Condições adequadas de armazenamento dos hemocomponentes antes da transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.7. Durante a transfusão: acompanhamento de médico ou profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros 10 minutos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.8.8. Monitoramento periódico do paciente durante o transcurso do ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.8.9. Tempo máximo de infusão de unidades de sangue e hemocomponentes até 4 (quatro) horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| 4.8.10. Registra em prontuário do paciente: os sinais vitais (temperatura, PA e pulso) no início e no final da transfusão, a data da transfusão, a hora de início e término da transfusão, a origem e os números das bolsas dos hemocomponentes transfundidos, identificação do profissional que realizou o procedimento transfusional, reações adversas, quando couber.                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| 4.8.11. Protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.12. Arquiva todos os registros pertinentes à transfusão conforme legislação vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| Procedimentos de testes pré-transfusionais em RN até 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sim | Não | N.A. |
| 4.9.1. Protocolo de transfusão de neonatos e crianças até 4 meses de vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     | X    |
| 4.9.2. Tipagem ABO (direta) e RhD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     | X    |
| 4.9.3. Caso ocorra presença de anti-A e Anti-B no soro ou plasma do neonato, transfunde conc. hemácias O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.9.4. Pesquisa de anticorpos irregulares na amostra pré-transfusional inicial, empregando soro da mãe ou eluato do neonato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.9.5. Realiza transfusão em RN abaixo de 1.200g com produtos leucorreduzidos ou não reagentes para CMV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     | X    |
| Procedimentos Especiais em Transfusão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim | Não | N.A. |
| 5.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para aquecimento de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     | X    |
| 5.2. Protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 5.2.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco envolvido e concorde com o procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X   |     |      |
| 5.2.2. Rótulo com indicação de hemocomponentes liberados sem a realização de testes pré transfusionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 5.3. Protocolo para liberação de sangue incompatível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 5.3.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente quando possível pelo próprio paciente ou responsável legal deste, em concordância com o procedimento e os riscos envolvidos. Justificativa por escrito caso o paciente ou o seu responsável não possam assinar o termo.                                                                                                                                                                                                                                         | X   |     |      |
| 5.4. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão maciça.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 5.5. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão intrauterina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |
| 5.6. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão em pacientes aloimunizados (anticorpos específicos para antígenos eritrocitários ou do sistema HLA/HPA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.6.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico responsável pelo serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 5.7. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão de substituição adulta e em recém-nascido (exsangüineotransfusão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 5.7.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| Transfusão autóloga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 5.8.1. Médico do serviço de hemoterapia responsável pelo programa de transfusão autóloga.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 5.8.2. Protocolo de transfusão autóloga pré, peri e/ou pós-operatória.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 5.8.2.1. Unidade obtida no Pré-operatório (hemodiluição normovolêmica): usada no doador/paciente até 24 h depois da coleta se armazenadas a 4 ± 2°C ou até 8h se armazenado entre 20 e 24°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.8.2.2. Recuperação intraoperatória por meio de equipamentos específicos para tal finalidade, sangue recuperado usado somente pelo paciente e até 4 h da coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |

**AValiação de Risco da Hemorrede - Pronto Uso**

| <b>Agência Transfusional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| <b>Transfusão domiciliar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.9.1. Procedimento realizado na presença de médico durante o ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.9.2. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão domiciliar.                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.9.2.1. Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.9.3. Medicamentos, materiais e equipamentos disponíveis para situações de emergência.                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 5.9.4. Registro dos procedimentos realizados.                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| <b>Sangria Terapêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.10.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para sangria terapêutica.                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.10.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| <b>Aférese terapêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 6.1.1. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| 6.1.2. Procedimentos realizados sob responsabilidade de médico hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| 6.2.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos/metodologia empregada para aférese terapêutica.                                                                                                                                                                                                     |            |            | X           |
| 6.2.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico do paciente e concordância com o hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                              |            |            | X           |
| 6.2.3. Registro do procedimento: identificação do paciente, diagnóstico, tipo de procedimento terapêutico, método empregado, volume sanguíneo extracorpóreo, e tipo e quantidade do componente removido ou tratado, tipo e quantidade dos líquidos utilizados, medicação administrada e qualquer reação adversa ocorrida. |            |            | X           |



## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO

### RELATÓRIO DE RESULTADOS

#### Critérios para classificação da Criticidade :

**Nível de Criticidade I** - Afeta em grau não crítico o risco, podendo ou não interferir na

**Nível de Criticidade II** - Contribui, mas não determina exposição a risco se não

**Nível de Criticidade III** - Determina exposição a risco se não cumprido ou cumprido

#### Critérios para classificação quanto ao Risco :

Total de itens cumpridos inferior a 60% : **ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 60% e 69,99% : **MÉDIO ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 70% e 79,99% : **MÉDIO RISCO POTENCIAL**

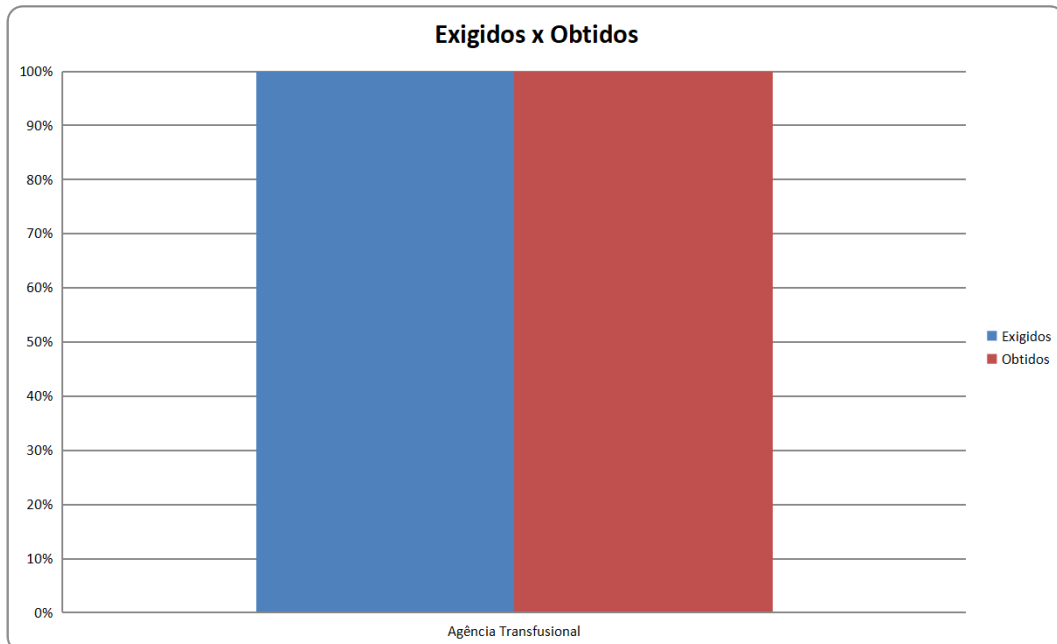
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos maior ou igual a 95% : **BAIXO RISCO POTENCIAL**

| Módulos Aplicados na Inspeção | Níveis de Criticidade |       |                |        |                 |        | Pontos Obtidos (Total) | (%)     |
|-------------------------------|-----------------------|-------|----------------|--------|-----------------|--------|------------------------|---------|
|                               | Criticidade I         |       | Criticidade II |        | Criticidade III |        |                        |         |
|                               | Total                 | (%)   | Total          | (%)    | Total           | (%)    |                        |         |
| Agência Transfusional         | 0,00                  | 0,00% | 1.653,01       | 37,50% | 2.755,02        | 62,50% | 4.408,03               | 100,00% |
| Total Geral                   | 0,00                  | 0,00% | 1.653,01       | 37,50% | 2.755,02        | 62,50% | 4.408,03               | 100,00% |

**Classificação quanto ao Risco Potencial, segundo as respostas obtidas nos módulos da Avaliação da Agência Transfusional:** **Baixo Risco Potencial**

**Pontuação Alcançada: 100,000%**



Considerações Finais :



|                                                                                   |                                                        |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                      |                           |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>1. Informações Gerais</b>                                         |                           |
| 1.1 Identificação do Estabelecimento                                 |                           |
| Razão Social: <b>DIAVERUM ASSISTÊNCIA MÉDICA E NEFROLOGIA LTDA</b>   |                           |
| Nome Fantasia: <b>DIAVERUM CIRURGIA*****</b>                         |                           |
| CNPJ: 59.650.366/0003-10                                             |                           |
| CNES: 2469715                                                        |                           |
| Endereço: Av. Chanceler Osvaldo Aranha 41,                           | Bairro: Siqueira Campos   |
| Município: Aracaju                                                   | Estado/SE CEP: 49.092-545 |
| Telefone: (79)3216-4800                                              | Ramal:                    |
| Natureza do Serviço: Privado/SUS                                     |                           |
| <b>Nº licença sanitária:</b> 50.868/2024 <b>Validade:</b> 09/04/2025 |                           |

|                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2. Recursos Humanos</b>                                                           |  |
| 2.1. Responsável técnico pela unidade de Saúde                                       |  |
| Dra. Tassiana Costa Miranda Santos. CRM/SE – 2164                                    |  |
| E-mail: tassiana.santos@diaverum.com                                                 |  |
| 2.2. Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia:                                |  |
| Dr(a). Tassiana Costa Miranda Santos. CRM/SE – 2164                                  |  |
| E-mail: tassiana.santos@diaverum.com                                                 |  |
| 2.3. Responsável pelo Serviço de Hemoterapia / Gerencia de Enfermagem:               |  |
| Enf.: Priscila de Jesus Assunção – COREN – 280.016 SE                                |  |
| E-mail: <a href="mailto:sophia.barboza@diaverum.com">sophia.barboza@diaverum.com</a> |  |
| Tel: (79)99885-1905                                                                  |  |
| 2.4. Coordenadora de Enfermagem                                                      |  |
| Enf.: Louise de Oliveira Rodrigues Mariano                                           |  |
| E-mail: Louise.rodrigues@diaverum.com                                                |  |
| Tel: (79)99801-5913                                                                  |  |
| 2.5. Acompanhou a Inspeção:                                                          |  |
| Enf.: Priscila de Jesus Assunção                                                     |  |
| Enf.: Louise de Oliveira Rodrigues Mariano                                           |  |

|                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>3. Inspeção</b>                                                                                        |  |
| 3.1. Data da inspeção: 16/06/2025.                                                                        |  |
| 3.2. Objetivo                                                                                             |  |
| Inspeccionar e monitorar a Agência transfusional, a fim de garantir a segurança e qualidade dos serviços. |  |

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

#### **4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:**

4.1 Aguardam visita para a renovação da Licença Sanitária.

#### **5. Conclusão**

5.1.A unidade de Saúde supracitada, faz uso de hemocomponentes direcionados aos receptores sendo, portanto, classificado o serviço de Assistência Hemoterápica (Pronto Uso), recebem seus hemocomponentes de duas unidades fornecedoras, do HEMOSE para conveniados SUS e do IHHS para os demais convênios.

5.2. A Unidade do Diaverum Cirurgia foi transferida para o Bairro Siqueira Campos, inaugurada oferece atendimento de referência a nefrologia pediátrica, hemodiálise e diálise peritoneal ambulatorial contínua. A nova estrutura ampliou o atendimento, contando com dois amplos salões A e B, cada salão comporta 50 pontos com máquinas de hemodiálise, totalizando 100 por turno, duas salas de estabilização com três macas, no momento o centro cirúrgico não está funcionando aguarda liberação da vigilância para iniciar os procedimentos, contudo a unidade realiza por dia 300 atendimentos de hemodiálise.

5.3. A visita ocorreu de forma presencial levando aproximadamente 01h30min (uma e trinta minutos), sendo recepcionados pela coordenadora da diálise a Gerente Enfª. Priscila Assunção e Coordenadora de Enfermagem Enf.: Louise de Oliveira da presente unidade de saúde, foi dito que não possuem médicos hematologista para o serviço de hemoterapia e que os médicos nefrologistas de plantão que verificam a necessidade transfusional e prescrevem o hemocomponente, acrescentou que os hemocomponentes permanecem nas unidades fornecedoras até que sejam sinalizados pelo serviço que o paciente já está na unidade, para que seja providenciada a vinda do hemocomponente para uso. Foram apresentados os registros pertinentes ao serviço de hemoterapia devidamente preenchidos, foram verificados demais itens de acordo com o *Check List* em anexo. Participam do comitê transfusional realizado pelo IHHS última reunião dia 06/06/25. Possuem representante responsável pelo NOTIVISA Enf.: Priscila de Jesus, última reação dia 15/02/25.

5.4. Sugerimos com o monitoramento da unidade as seguintes orientações:

- Busca ativa em pacientes nas 24 horas após a transfusão para evidenciar possíveis eventos adversos relacionados à transfusão.
- Incluir no seu programa a capacitação em Hemoterapia oferecida pela Hemorrede/SE.
- Adotar formulário de controle de temperatura da caixa térmica para transporte interno de hemocomponentes.
- Adquirir Câmera de Conservação para hemocomponentes adequada e substituir a geladeira de uso doméstico.

5.5. Detectou-se a necessidade de programa de capacitação dos funcionários da unidade, visto que muitas das técnicas não estão sendo executadas conforme manual da vigilância,

#### **HEMORREDE / SE**

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fsphe.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

sanitária, nem seguindo normas aqui mencionadas para uma segurança transfusional, citadas em (RDC 34/2014, Art. 129) (Portaria de consolidação MS-GM nº 5/2017. Anexo IV, Art. 176(Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 177).

5.5 Conforme irregularidades supracitadas e considerando a necessidade de soluções para os problemas evidenciados durante a inspeção, solicitamos medidas para as adequações das não conformidades.

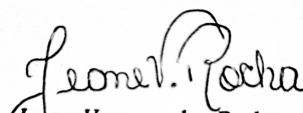
## 5 Anexos:

| ✓ Durante a inspeção foi realizado o <i>Check List</i> abaixo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A equipe técnica de trabalho;</li> <li>✓ Registros de entrada e destino final dos hemocomponentes;</li> <li>✓ Anotações de temperaturas de transporte e dos aparelhos de armazenamento dos hemocomponentes;</li> <li>✓ Visualização da disposição e organização dos armazenamentos dos diversos hemocomponentes na AT;</li> <li>✓ Registros de Limpeza dos equipamentos de bancadas, das caixas de transporte e aparelhos de armazenamentos de hemocomponente;</li> <li>✓ Livros de anotações de Ocorrências diárias, livros de Eventos Adversos Relacionados à Transfusão;</li> <li>✓ Visualização das Caixas de transporte limpeza e identificação;</li> <li>✓ Observadas evidências do acompanhamento e monitoramento do ato transfusional;</li> <li>✓ Observado conhecimento técnico da instalação dos hemocomponentes,</li> <li>✓ Os POPs de enfermagem referente à transfusão se completos e atualizados;</li> <li>✓ Observado conhecimento técnico da equipe sobre Eventos Adversos Relacionados a Transfusão;</li> <li>✓ Registros de Capacitações em Hemoterapia;</li> </ul> |

## 6 Equipe Técnica da Inspeção

Aracaju - SE, 16 de junho de 2025.

  
**Jandson Marques de Menezes**  
 Biomédico da Hemorrede/SE  
 CRBM2 – 1868

  
**Jeane Vasconcelos Rocha**  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-SE-149150  
 HEMOSE-FSPH

### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fsph.se.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

**Orientações da Gerência da Hemorrede:** O serviço foi classificado como **Baixo risco Potencial**. Parabéns pela pontuação alcançada. A Hemorrede/SE se coloca a disposição para qualquer esclarecimento, caso necessário procurar nossos técnicos.



## REFERÊNCIAS:

## LEGISLAÇÃO

**RDC 34 de 11/06/2014** - Dispõe sobre as boas práticas no Ciclo do Sangue.

**PORTARIA 158 de 05/fev/ 2016** – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO MS-GM nº 5 de 28/09/2017** – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

**PORTARIA Nº 370 de 07/05/2014**- que trata exclusivamente do transporte de sangue Hemocomponentes para fins terapêuticos.

## HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE

Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033

E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

**AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE - PRONTO USO**
**Informações Gerais e Identificação do Serviço**
**Da Agência Transfusional**

Razão Social : **HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
 Nome Fantasia : **HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
 Número do CNPJ : **13.016.621/001-05**  
 Município : **ARACAJU** UF : **SE**  
 Natureza do Serviço : **Filantropico**  
 CNES Nº : **0002275**  
 Licença Sanitária : **50816/2024**  
 Data de Validade : **25/03/2025**  
 Tipo de Serviço : **Assistência Hemoterápica**

**Da Visita**

Período da Visita : **16/06/2025** a **16/06/2025**  
 Data da Última Visita : **03/07/2024**

**Conclusão :**

*Na ocasião do monitoramento foi relatado que a vigilância municipal ainda não havia feito visita já solicitada para inspeção e renovação da licença sanitária, porém a mesma emitiu documento prorrogando a validade da última inspeção*

**Medidas Adotadas :**
**Equipe de Visita :**
**Jandson Marques e Layla Brito**
**OBSERVAÇÕES :**

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| Recursos Humanos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sim | Não | N.A. |
| 2.1. Pessoal qualificado/capacitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X   |     |      |
| 2.2. Supervisão técnica por profissional de nível superior habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Infraestrutura da Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | N.A. |
| 3.1. Área física conforme legislação vigente*<br>* Para transfusões ambulatoriais, área física específica e de acordo com as normas técnicas definidas para transfusões em pacientes internados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 3.2. Equipamentos qualificados e em conformidade com as técnicas utilizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 3.3. Calibração de pipetas e termômetros dentro do prazo de validade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     | X    |
| 3.4. Insumos utilizados registrados e/ou autorizados pela ANVISA, dentro do prazo de validade e armazenados de acordo com a especificação do fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 3.5. Armazenamento de hemocomponentes, reagentes e amostras em equipamento específico para esse fim, com monitoramento de temperatura, de forma ordenada, racional e em áreas separadas devidamente identificadas. <sup>1,2</sup><br>1. No caso de serviços de pequeno porte (poucas transfusões por mês), se armazena concentrados de hemácias no mesmo equipamento, o armazenamento é feito de forma segregada.<br>2. Para a avaliação da cadeia de frio da AT devem-se aplicar os itens de controle referentes ao armazenamento do Módulo IV.                                             | X   |     |      |
| 3.6. Controle e registro da temperatura do ambiente (22 ± 2°C) - qualquer alteração neste intervalo deve ser tecnicamente justificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Procedimentos Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 4.1. POP atualizado e disponível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X   |     |      |
| 4.1.1 Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.2. A requisição de transfusão contém: Identificação do receptor (nome completo, identificação do serviço de saúde, nome da mãe (se possível), sexo, peso (se indicado), data de nascimento, prontuário do paciente ou registro do receptor, no do leito e localização intra hospitalar (se receptor internado), hemocomponente solicitado, quantidade ou volume solicitado, indicação (tipos de transfusões, diagnóstico, resultados laboratoriais que justificam a indicação) antecedentes transfusionais, data da requisição, assinatura e nº de inscrição no CRM do médico solicitante. | X   |     |      |
| 4.3. PFC e o CRIO descongelados, quando em banho-maria, em temperatura que não exceda a 37°C, com a bolsa protegida de forma que não entre em contato com a água e transfundida até, no máximo, 24h se armazenado a 4 ± 2°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X   |     |      |
| 4.4. Transporte e acondicionamento de hemocomponentes compatibilizados para transfusão e amostras de pacientes para testes pré-transfusionais em recipientes rígidos, fechamento seguro e por pessoal treinado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.5. Registros das atividades do Comitê Transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.6. A ficha ou registro do receptor no serviço de hemoterapia contém registros de todos os resultados dos testes pré-transfusionais, data e identificação de hemocomponentes transfundidos, antecedentes de reações adversas à transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     | X    |
| Testes Pré-Transfusionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim | Não | N.A. |
| 4.7.1. Realiza inspeção visual da bolsa de sangue (coloração, integridade do sistema fechado, hemólise ou coágulos, data de validade) antes da realização da prova de compatibilidade e com os dados da etiqueta de liberação (cartão de transfusão).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.7.2. Coleta de amostras de pacientes realizada por profissional da saúde devidamente treinado para esta atividade, mediante protocolos definidos pelo serviço de hemoterapia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.2.1. Identificação do tubo da amostra no momento da coleta: nome completo do receptor, número de identificação ou localização no serviço de saúde, data da coleta e identificação da pessoa que realizou a coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.3. Guarda de aliquotas do soro ou plasma do receptor e segmentos (tubos) das bolsas transfundidas, em temperatura de 2 a 6°C, por pelo menos 3 dias (72 h) em equipamento/área específica e identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.4. Tipagem ABO direta do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.5. Tipagem ABO reversa do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.6. Determinação do fator RhD na amostra do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.1. Em caso de receptor RhD negativo, pesquisa de D fraco ou transfunde hemocomponente Rh negativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |
| 4.7.6.2. Utilizam na rotina os soros para anti-RhD e controle de RhD do mesmo fabricante*. Caso resultado do soro controle for positiva considera inválida a tipagem.<br>* No caso de utilização de reagente anti-D produzido em meio salino, sem interferentes proteicos, não é obrigatório o uso de soro controle.                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.7. Retipificação ABO (direta) e RhD* no sangue do doador de hemocomponente eritrocitários (sangue total, concentrados de Hemácias e Granulócitos).<br>* Repetição da tipagem RhD somente deve ser realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.8. Pesquisa anticorpos irregulares (PAI) na amostra de receptores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 4.7.9. Adota/registra procedimento para resolução de discrepância ABO, RhD, com resultados anteriores e outras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.10. Realiza prova de compatibilidade para hemocomponentes eritrocitários (exceto em transfusões autólogas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.11. Ensaios realizados rigorosamente de acordo com instrução do fabricante do reagente/kit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     | X    |
| 4.7.12. Protocolos e registros dos ensaios (dados brutos, resultados, interpretações) realizados contendo identificação dos testes, nome do fabricante do reagente/kit, número do lote, prazo de validade e identificação do responsável pela execução do(s) ensaio(s).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 4.7.13. Reagentes/soluções aliquotadas ou manipuladas segundo determinação do fabricante com rótulo de identificação, data do preparo, data de validade e profissional responsável pelo procedimento, devidamente validado e registrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X    |



## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 4.7.14. Realiza/registra CQI – Controle de Qualidade Interno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     | X    |
| 4.7.14.1. Caso o próprio serviço prepare as amostras utilizadas no CQI, essas são caracterizadas e produzidas mediante processo validado, de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.7.14.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades nos resultados do CQI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15. Participa de AEQ – Avaliação Externa da Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.1. O teste da amostra do painel de controle de qualidade externo é realizado nas mesmas condições e procedimentos adotados na rotina laboratorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.7.15.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     | X    |
| 4.7.16. Controle de qualidade de reagentes, incluindo inspeção visual, lote a lote e por remessa de reagentes em uso a fim de comprovar se os mesmos estão dentro do padrão estabelecido pelo fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| Ato transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | Não | N.A. |
| 4.8.1. Procedimento realizado sob supervisão médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.2. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.3. Etiqueta de liberação da bolsa de sangue para transfusão (cartão de transfusão) contendo: identificação numérica/alfanumérica do receptor (nome completo, número de registro e localização – hospital, enfermaria, leito), grupo ABO e tipo RhD do receptor; nº. de identificação do hemocomponente com grupo ABO e tipo RhD; conclusão do teste de compatibilidade; data e nome do responsável pela realização dos testes pré – transfusionais e sua liberação para uso, data do envio do hemocomponente para transfusão, além das instruções ao ato transfusional. | X   |     |      |
| 4.8.4. Etiqueta afixada à bolsa até o término da transfusão sem obstruir informações da bolsa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.8.5. Confirmam antes do início da transfusão: identificação do paciente; dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa; validade do produto e a integridade da bolsa (inspeção visual).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X   |     |      |
| 4.8.6. Condições adequadas de armazenamento dos hemocomponentes antes da transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.8.7. Durante a transfusão: acompanhamento de médico ou profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros 10 minutos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.8.8. Monitoramento periódico do paciente durante o transcurso do ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.8.9. Tempo máximo de infusão de unidades de sangue e hemocomponentes até 4 (quatro) horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| 4.8.10. Registra em prontuário do paciente: os sinais vitais (temperatura, PA e pulso) no início e no final da transfusão, a data da transfusão, a hora de início e término da transfusão, a origem e os números das bolsas dos hemocomponentes transfundidos, identificação do profissional que realizou o procedimento transfusional, reações adversas, quando couber.                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| 4.8.11. Protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.8.12. Arquiva todos os registros pertinentes à transfusão conforme legislação vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X   |     |      |
| Procedimentos de testes pré-transfusionais em RN até 4 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sim | Não | N.A. |
| 4.9.1. Protocolo de transfusão de neonatos e crianças até 4 meses de vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     | X    |
| 4.9.2. Tipagem ABO (direta) e RhD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     | X    |
| 4.9.3. Caso ocorra presença de anti-A e Anti-B no soro ou plasma do neonato, transfunde conc. hemácias O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 4.9.4. Pesquisa de anticorpos irregulares na amostra pré-transfusional inicial, empregando soro da mãe ou eluato do neonato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 4.9.5. Realiza transfusão em RN abaixo de 1.200g com produtos leucorreduzidos ou não reagentes para CMV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     | X    |
| Procedimentos Especiais em Transfusão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim | Não | N.A. |
| 5.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para aquecimento de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     | X    |
| 5.2. Protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 5.2.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco envolvido e concorde com o procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X   |     |      |
| 5.2.2. Rótulo com indicação de hemocomponentes liberados sem a realização de testes pré transfusionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |
| 5.3. Protocolo para liberação de sangue incompatível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 5.3.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente quando possível pelo próprio paciente ou responsável legal deste, em concordância com o procedimento e os riscos envolvidos. Justificativa por escrito caso o paciente ou o seu responsável não possam assinar o termo.                                                                                                                                                                                                                                         | X   |     |      |
| 5.4. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão maciça.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X    |
| 5.5. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão intrauterina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |
| 5.6. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão em pacientes aloimunizados (anticorpos específicos para antígenos eritrocitários ou do sistema HLA/HPA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.6.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico responsável pelo serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X   |     |      |
| 5.7. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão de substituição adulta e em recém-nascido (exsangüineotransfusão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| 5.7.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     | X    |
| Transfusão autóloga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 5.8.1. Médico do serviço de hemoterapia responsável pelo programa de transfusão autóloga.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     | X    |
| 5.8.2. Protocolo de transfusão autóloga pré, peri e/ou pós-operatória.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     | X    |
| 5.8.2.1. Unidade obtida no Pré-operatório (hemodiluição normovolêmica): usada no doador/paciente até 24 h depois da coleta se armazenadas a 4 ± 2°C ou até 8h se armazenado entre 20 e 24°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |     | X    |
| 5.8.2.2. Recuperação intraoperatória por meio de equipamentos específicos para tal finalidade, sangue recuperado usado somente pelo paciente e até 4 h da coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     | X    |

**AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE**

| <b>Agência Transfusional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| <b>Transfusão domiciliar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.9.1. Procedimento realizado na presença de médico durante o ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.9.2. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão domiciliar.                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.9.2.1. Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.9.3. Medicamentos, materiais e equipamentos disponíveis para situações de emergência.                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 5.9.4. Registro dos procedimentos realizados.                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| <b>Sangria Terapêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.10.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para sangria terapêutica.                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.10.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| <b>Aférese terapêutica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 6.1.1. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| 6.1.2. Procedimentos realizados sob responsabilidade de médico hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| 6.2.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos/metodologia empregada para aférese terapêutica.                                                                                                                                                                                                     |            |            | X           |
| 6.2.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico do paciente e concordância com o hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                              |            |            | X           |
| 6.2.3. Registro do procedimento: identificação do paciente, diagnóstico, tipo de procedimento terapêutico, método empregado, volume sanguíneo extracorpóreo, e tipo e quantidade do componente removido ou tratado, tipo e quantidade dos líquidos utilizados, medicação administrada e qualquer reação adversa ocorrida. |            |            | X           |



## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

### RELATÓRIO DE RESULTADOS

#### Critérios para classificação da Criticidade :

**Nível de Criticidade I** - Afeta em grau não crítico o risco, podendo ou não interferir na

**Nível de Criticidade II** - Contribui, mas não determina exposição a risco se não

**Nível de Criticidade III** - Determina exposição a risco se não cumprido ou cumprido

#### Critérios para classificação quanto ao Risco :

Total de itens cumpridos inferior a 60% : **ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 60% e 69,99% : **MÉDIO ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 70% e 79,99% : **MÉDIO RISCO POTENCIAL**

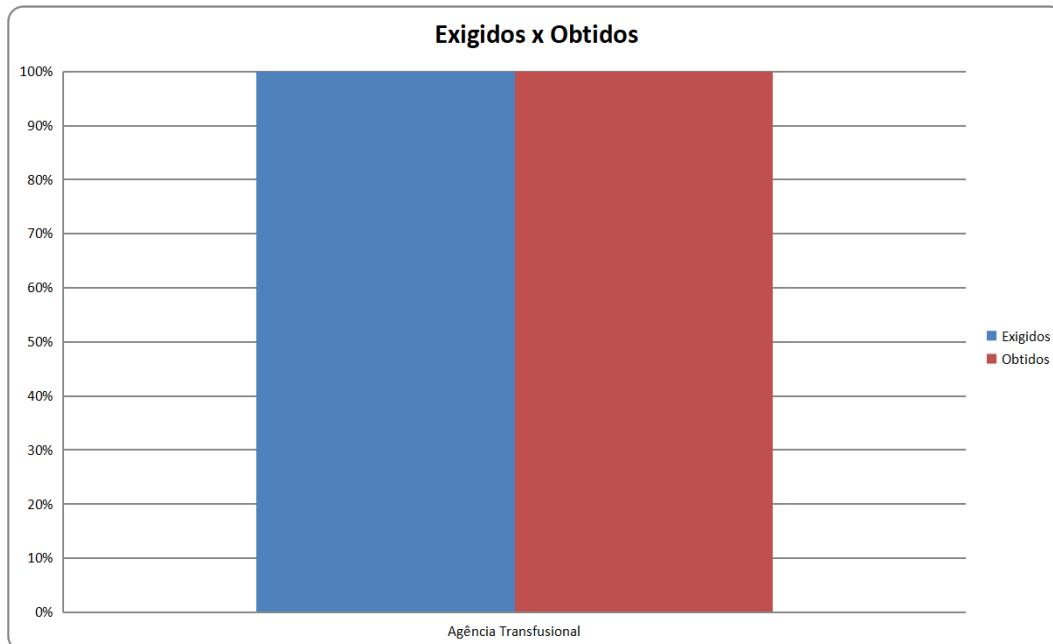
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos maior ou igual a 95% : **BAIXO RISCO POTENCIAL**

| Módulos Aplicados na Inspeção | Níveis de Criticidade |       |                |        |                 |        | Pontos Obtidos (Total) | (%)     |
|-------------------------------|-----------------------|-------|----------------|--------|-----------------|--------|------------------------|---------|
|                               | Criticidade I         |       | Criticidade II |        | Criticidade III |        |                        |         |
|                               | Total                 | (%)   | Total          | (%)    | Total           | (%)    |                        |         |
| Agência Transfusional         | 0,00                  | 0,00% | 2.479,52       | 43,55% | 3.214,19        | 56,45% | 5.693,71               | 100,00% |
| Total Geral                   | 0,00                  | 0,00% | 2.479,52       | 43,55% | 3.214,19        | 56,45% | 5.693,71               | 100,00% |

**Classificação quanto ao Risco Potencial, segundo as respostas obtidas nos módulos da Avaliação da Agência Transfusional:** **Baixo Risco Potencial**

**Pontuação Alcançada: 100,000%**



Conforme irregularidades encontradas, sugere-se a necessidade de soluções urgentes para os problemas evidenciados durante a inspeção. Foi constatado no livro de registro de reações transfusionais que a última reação transfusional ocorreu no dia 06/07/2016, por isso sugere-se a busca ativa para detectar possíveis reações transfusionais e com isso evitar subnotificações.

**Considerações Finais :**

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

|                                         |           |                             |
|-----------------------------------------|-----------|-----------------------------|
| <b>1. Informações Gerais</b>            |           |                             |
| 1                                       |           |                             |
| Razão Social: <b>HOSPITAL SÃO JOSÉ</b>  |           |                             |
| Nome Fantasia: <b>HOSPITAL SÃO JOSÉ</b> |           |                             |
| CNPJ: 13.016.621/001-05                 |           |                             |
| CNES: 0002275                           |           |                             |
| Endereço: Av. João Ribeiro, 846         |           | Bairro: Santo Antônio       |
| Município: Aracaju                      | Estado/SE | CEP: 49.065-000             |
| Telefone: (79) 2105-1025                |           | Ramal:                      |
| Natureza do Serviço: Filantrópico/SUS   |           |                             |
|                                         |           |                             |
| <b>Nº Licença Sanitária:</b> 50816/2024 |           | <b>Validade:</b> 25/03/2025 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. Recursos Humanos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>2.1. Responsável técnico pela unidade de Saúde<br/>Dr. Wesley Santiago Andrade – CRM/SE - 2698<br/>E-mail: weslleyed@hotmail.com</p> <p>2.2. Diretor Presidente da Unidade de Saúde:<br/>Irmã Vânia Maria Marques Branco</p> <p>2.3. Responsável Técnico pelo Serviço:<br/>Dr. Bruno Matias de Carvalho - CRM - 5106<br/>E-mail: brunomatias_spe@yahoo.com.br</p> <p>2.4. Responsável Técnico de Enfermagem<br/>Enfª Cristina Costa<br/>Tel.: (79) 999898182</p> <p>2.5. Acompanhou a Inspeção:<br/>Dra. Carina Batista Santos Fontes – CRBM2 - 1911<br/>Supervisora do Serviço Hemoterápico<br/>E-mail: laboratorio@hospitalsaojose-se.com.br<br/>Cel.: 79-9-8122-9635</p> |

|                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. Inspeção</b>                                                                                                                                                           |
| <p>3.1. Data da inspeção: 16/06/2025.</p> <p>3.2. Objetivo<br/>Inspeccionar e monitorar a Agência transfusional, a fim de garantir a segurança e qualidade dos serviços.</p> |

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <b>4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:</b> |
|                                                            |

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

## 5. Conclusão:

5.1. A unidade de Saúde supracitada, faz uso de hemocomponentes direcionados aos pacientes receptores, não possuindo Agência Transfusional sendo, portanto, classificado como Serviço de Assistência Hemoterápica (Pronto Uso), recebem hemocomponentes do HEMOSE direcionado aos pacientes SUS e demais convênios os hemocomponentes são provenientes do IHHS (Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe).

5.2. A visita ocorreu no modelo de monitoramento presencial durou aproximadamente 1:30h (uma hora e trinta minutos), sendo recepcionados pela supervisora técnica da unidade a biomédica Dra. Carine Batista. Foi constatado na visita que a unidade possui local específico para armazenamento temporário dos hemocomponentes onde ficam os registros e formulários de hemoterapia em ordem de preenchimento, apresentou ainda os livros de anotações de entrada e saída dos hemocomponentes como também demais formulários como descrição no *check list* abaixo, devidamente preenchidos. Apresentou os contratos com os serviços fornecedores de hemocomponentes. Na ocasião foi relatado que a vigilância municipal ainda não havia feito visita já solicitada para inspeção e renovação da licença sanitária, porém a mesma emitiu documento prorrogando a validade da última inspeção. Notamos ainda a substituição da geladeira pela câmara de conservação para os hemocomponentes.

5.3. Durante a visita foi informado que a Responsável Técnica de enfermagem, Enfermeira Cristina Costa, se encontra de férias, não sendo designado outro profissional ligado a assistência direta para receber a equipe da Hemorrede. A supervisora do serviço hemoterápico se prontificou a demonstrar os registros do ato transfusional e responder por questionamento relacionados. Os protocolos do Ato transfusional e manejo de reações adversas encontram-se completos com última atualização em março deste ano. Os registros de enfermagem são realizados em folha de evolução e em ficha de acompanhamento transfusional, sendo evidenciados a dupla checagem, e o monitoramento do paciente, conforme legislação vigente. Por seguir uma linha repetitiva, percebe-se que muitas informações acabam sendo registradas mais de uma vez em detrimento a relatos que, por falta de objetividade, não são anotados. Percebe-se que grande parte da vigilância e investigação de suspeita de eventos adversos concentram-se na equipe do serviço hemoterápico laboratorial, com pouco envolvimento da equipe assistencial.

5.4. Sugerimos com o monitoramento da unidade as seguintes orientações:

- Busca ativa em pacientes nas 24 horas após a transfusão para evidenciar possíveis eventos adversos relacionados à transfusão.
- Implementar o uso de placa de hemovigilância na cabeceira do leito do paciente transfundido, concluindo após 24 horas, com uma análise retrospectiva do prontuário eletrônico, visita à beira do leito, coleta de evidências e avaliação dos registros dos sinais vitais e monitoramento dos pacientes pós – transfusão.
- Indicar a presença de algum profissional designado pela equipe de enfermagem nas próximas visitas de monitoramento, a fim de que o mesmo possa responder por questionamentos mais específicos ligados a assistência e ao ato transfusional.

### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

- Provocar um maior envolvimento dos profissionais ligados a assistência direta, no processo de hemovigilância, visto que estes passam mais tempo em contato com os pacientes, aumentando a probabilidade de observação de casos suspeitos de efeitos adversos, podendo reduzir a probabilidade de subnotificações.
- Otimizar a ficha de acompanhamento transfusional para que todas as informações sejam registradas de forma objetiva e completa.

5.5. Diante do exposto a unidade de saúde supracitada não apresentou nenhuma não – Conformidade nos critérios avaliados, baseados nas legislações de hemoterapia vigentes.

## 6. Anexos:

| ✓ Durante a inspeção foi realizado o <i>Check List</i> abaixo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A equipe técnica de trabalho;</li> <li>✓ Registros de entrada e destino final dos hemocomponentes;</li> <li>✓ Anotações de temperaturas de transporte e dos aparelhos de armazenamento dos hemocomponentes;</li> <li>✓ Visualização da disposição e organização dos armazenamentos dos diversos hemocomponentes na AT;</li> <li>✓ Registros de Limpeza dos equipamentos de bancadas, das caixas de transporte e aparelhos de armazenamentos de hemocomponente;</li> <li>✓ Livros de anotações de Ocorrências diárias, livros de Eventos Adversos Relacionados à Transfusão;</li> <li>✓ Visualização das Caixas de transporte limpeza e identificação;</li> <li>✓ Observadas evidências do acompanhamento e monitoramento do ato transfusional;</li> <li>✓ Observado conhecimento técnico da instalação dos hemocomponentes,</li> <li>✓ Os POPs de enfermagem referente à transfusão se completos e atualizados;</li> <li>✓ Observado conhecimento técnico da equipe sobre Eventos Adversos Relacionados a Transfusão;</li> <li>✓ Registros de Capacitações em Hemoterapia;</li> </ul> |

## 7. Equipe Técnica da Inspeção

Aracaju – SE, 16 de junho de 2025.

  
**Jandson Marques de Menezes**  
 Biomédico da Hemorrede/SE  
 CRBM2 – 1868

  
**Layla Suianny Brito Silveira**  
 Enfermeira da Hemorrede  
 COREN/SE – 277.865 ENF

### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fsphe.se.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

**Orientações da Gerência da Hemorrede:** O serviço foi classificado como **Baixo risco Potencial**. Parabéns pela pontuação alcançada. A Hemorrede/SE se coloca a disposição para qualquer esclarecimento, caso necessário procurar nossos técnicos.



## REFERÊNCIAS:

## LEGISLAÇÃO

**RDC 34 de 11/06/2014** - Dispõe sobre as boas práticas no Ciclo do Sangue.

**PORTARIA 158 de 05/fev/ 2016** – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO MS-GM nº 5 de 28/09/2017** – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

**PORTARIA Nº 370 de 07/05/2014-** que trata exclusivamente do transporte de sangue Hemocomponentes para fins terapêuticos.

## HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

| <b>AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Informações Gerais e Identificação do Serviço</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Da Agência Transfusional</b>                      | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p><b>Razão Social :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ</span></p> <p><b>Nome Fantasia :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ</span></p> <p><b>Número do CNPJ :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13.002.704/0001-45</span></p> <p><b>Município :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Itabaiana</span></p> <p><b>Natureza do Serviço :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Filantrópico</span></p> <p><b>CNES Nº :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2546027</span></p> <p><b>Licença Sanitária :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">068/2024</span></p> <p><b>Data de Validade :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">06/02/2025</span></p> <p><b>Tipo de Serviço :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Agência Transfusional</span></p> </div> <div style="width: 15%;"> <p><b>UF :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SE</span></p> </div> </div> |
| <b>Da Visita</b>                                     | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <p><b>Período da Visita :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">18/06/2025</span> a <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">18/06/2025</span></p> <p><b>Data da Última Visita :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">19/03/2024</span></p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>Conclusão :</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>Medidas Adotadas :</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>Equipe de Visita :</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">JANDSON MARQUES e JEANE ROCHA</span></p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p><b>OBSERVAÇÕES :</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </div>                                                                                                                                                                                                                        |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| Recursos Humanos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sim | Não | N.A. |
| 2.1. Pessoal qualificado/capacitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X   |     |      |
| 2.2. Supervisão técnica por profissional de nível superior habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Infraestrutura da Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | N.A. |
| 3.1. Área física conforme legislação vigente*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| * Para transfusões ambulatoriais, área física específica e de acordo com as normas técnicas definidas para transfusões em pacientes internados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |     |      |
| 3.2. Equipamentos qualificados e em conformidade com as técnicas utilizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X   |     |      |
| 3.3. Calibração de pipetas e termômetros dentro do prazo de validade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 3.4. Insumos utilizados registrados e/ou autorizados pela ANVISA, dentro do prazo de validade e armazenados de acordo com a especificação do fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |
| 3.5. Armazenamento de hemocomponentes, reagentes e amostras em equipamento específico para esse fim, com monitoramento de temperatura, de forma ordenada, racional e em áreas separadas devidamente identificadas. <sup>1,2</sup><br>1. No caso de serviços de pequeno porte (poucas transfusões por mês), se armazena concentrados de hemácias no mesmo equipamento, o armazenamento é feito de forma segregada.<br>2. Para a avaliação da cadeia de frio da AT devem-se aplicar os itens de controle referentes ao armazenamento do Módulo IV.                                             | X   |     |      |
| 3.6. Controle e registro da temperatura do ambiente (22 ± 2°C) - qualquer alteração neste intervalo deve ser tecnicamente justificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| Procedimentos Gerais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | N.A. |
| 4.1. POP atualizado e disponível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X   |     |      |
| 4.1.1 Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X   |     |      |
| 4.2. A requisição de transfusão contém: Identificação do receptor (nome completo, identificação do serviço de saúde, nome da mãe (se possível), sexo, peso (se indicado), data de nascimento, prontuário do paciente ou registro do receptor, no do leito e localização intra hospitalar (se receptor internado), hemocomponente solicitado, quantidade ou volume solicitado, indicação (tipos de transfusões, diagnóstico, resultados laboratoriais que justificam a indicação) antecedentes transfusionais, data da requisição, assinatura e nº de inscrição no CRM do médico solicitante. | X   |     |      |
| 4.3. PFC e o CRIO descongelados, quando em banho-maria, em temperatura que não exceda a 37°C, com a bolsa protegida de forma que não entre em contato com a água e transfundida até, no máximo, 24h se armazenado a 4 ± 2°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X   |     |      |
| 4.4. Transporte e acondicionamento de hemocomponentes compatibilizados para transfusão e amostras de pacientes para testes pré-transfusionais em recipientes rígidos, fechamento seguro e por pessoal treinado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.5. Registros das atividades do Comitê Transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.6. A ficha ou registro do receptor no serviço de hemoterapia contém registros de todos os resultados dos testes pré-transfusionais, data e identificação de hemocomponentes transfundidos, antecedentes de reações adversas à transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X   |     |      |
| Testes Pré-Transfusionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sim | Não | N.A. |
| 4.7.1. Realiza inspeção visual da bolsa de sangue (coloração, integridade do sistema fechado, hemólise ou coágulos, data de validade) antes da realização da prova de compatibilidade e com os dados da etiqueta de liberação (cartão de transfusão).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X   |     |      |
| 4.7.2. Coleta de amostras de pacientes realizada por profissional da saúde devidamente treinado para esta atividade, mediante protocolos definidos pelo serviço de hemoterapia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.2.1. Identificação do tubo da amostra no momento da coleta: nome completo do receptor, número de identificação ou localização no serviço de saúde, data da coleta e identificação da pessoa que realizou a coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.3. Guarda de aliquotas do soro ou plasma do receptor e segmentos (tubos) das bolsas transfundidas, em temperatura de 2 a 6°C, por pelo menos 3 dias (72 h) em equipamento/área específica e identificada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |      |
| 4.7.4. Tipagem ABO direta do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.5. Tipagem ABO reversa do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.7.6. Determinação do fator RhD na amostra do receptor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |
| 4.7.6.1. Em caso de receptor RhD negativo, pesquisa de D fraco ou transfunde hemocomponente Rh negativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |
| 4.7.6.2. Utilizam na rotina os soros para anti-RhD e controle de RhD do mesmo fabricante*. Caso resultado do soro controle for positiva considera inválida a tipagem.<br>* No caso de utilização de reagente anti-D produzido em meio salino, sem interferentes proteicos, não é obrigatório o uso de soro controle.                                                                                                                                                                                                                                                                         | X   |     |      |
| 4.7.7. Retipificação ABO (direta) e RhD* no sangue do doador de hemocomponente eritrocitários (sangue total, concentrados de Hemácias e Granulócitos).<br>* Repetição da tipagem RhD somente deve ser realizada em bolsas rotuladas como "RhD negativo"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.7.8. Pesquisa anticorpos irregulares (PAI) na amostra de receptores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X   |     |      |
| 4.7.9. Adota/registra procedimento para resolução de discrepância ABO, RhD, com resultados anteriores e outras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.10. Realiza prova de compatibilidade para hemocomponentes eritrocitários (exceto em transfusões autólogas).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.11. Ensaios realizados rigorosamente de acordo com instrução do fabricante do reagente/kit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |      |
| 4.7.12. Protocolos e registros dos ensaios (dados brutos, resultados, interpretações) realizados contendo identificação dos testes, nome do fabricante do reagente/kit, número do lote, prazo de validade e identificação do responsável pela execução do(s) ensaio(s).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |      |
| 4.7.13. Reagentes/soluções aliquotadas ou manipuladas segundo determinação do fabricante com rótulo de identificação, data do preparo, data de validade e profissional responsável pelo procedimento, devidamente validado e registrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X   |     |      |



## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| 4.7.14. Realiza/registra CQI – Controle de Qualidade Interno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X          |            |             |
| 4.7.14.1. Caso o próprio serviço prepare as amostras utilizadas no CQI, essas são caracterizadas e produzidas mediante processo validado, de acordo com o definido pelo Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X          |            |             |
| 4.7.14.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades nos resultados do CQI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X          |            |             |
| 4.7.15. Participa de AEQ – Avaliação Externa da Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X          |            |             |
| 4.7.15.1. O teste da amostra do painel de controle de qualidade externo é realizado nas mesmas condições e procedimentos adotados na rotina laboratorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X          |            |             |
| 4.7.15.2. Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X          |            |             |
| 4.7.16. Controle de qualidade de reagentes, incluindo inspeção visual, lote a lote e por remessa de reagentes em uso a fim de comprovar se os mesmos estão dentro do padrão estabelecido pelo fabricante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X          |            |             |
| <b>Ato transfusional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 4.8.1. Procedimento realizado sob supervisão médica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X          |            |             |
| 4.8.2. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X          |            |             |
| 4.8.3. Etiqueta de liberação da bolsa de sangue para transfusão (cartão de transfusão) contendo: identificação numérica/alfanumérica do receptor (nome completo, número de registro e localização – hospital, enfermaria, leito), grupo ABO e tipo RhD do receptor; nº. de identificação do hemocomponente com grupo ABO e tipo RhD; conclusão do teste de compatibilidade; data e nome do responsável pela realização dos testes pré – transfusionais e sua liberação para uso, data do envio do hemocomponente para transfusão, além das instruções ao ato transfusional. | X          |            |             |
| 4.8.4. Etiqueta afixada à bolsa até o término da transfusão sem obstruir informações da bolsa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X          |            |             |
| 4.8.5. Confirmam antes do início da transfusão: identificação do paciente; dados do rótulo de identificação e etiqueta de liberação da bolsa; validade do produto e a integridade da bolsa (inspeção visual).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X          |            |             |
| 4.8.6. Condições adequadas de armazenamento dos hemocomponentes antes da transfusão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X          |            |             |
| 4.8.7. Durante a transfusão: acompanhamento de médico ou profissional habilitado e capacitado à beira do leito durante os primeiros 10 minutos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X          |            |             |
| 4.8.8. Monitoramento periódico do paciente durante o transcurso do ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | X          |            |             |
| 4.8.9. Tempo máximo de infusão de unidades de sangue e hemocomponentes até 4 (quatro) horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X          |            |             |
| 4.8.10. Registra em prontuário do paciente: os sinais vitais (temperatura, PA e pulso) no início e no final da transfusão, a data da transfusão, a hora de início e término da transfusão, a origem e os números das bolsas dos hemocomponentes transfundidos, identificação do profissional que realizou o procedimento transfusional, reações adversas, quando couber.                                                                                                                                                                                                    | X          |            |             |
| 4.8.11. Protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X          |            |             |
| 4.8.12. Arquiva todos os registros pertinentes à transfusão conforme legislação vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X          |            |             |
| <b>Procedimentos de testes pré-transfusionais em RN até 4 meses</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 4.9.1. Protocolo de transfusão de neonatos e crianças até 4 meses de vida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |            | X           |
| 4.9.2. Tipagem ABO (direta) e RhD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 4.9.3. Caso ocorra presença de anti-A e Anti-B no soro ou plasma do neonato, transfunde conc. hemácias O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 4.9.4. Pesquisa de anticorpos irregulares na amostra pré-transfusional inicial, empregando soro da mãe ou eluato do neonato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |            | X           |
| 4.9.5. Realiza transfusão em RN abaixo de 1.200g com produtos leucorreduzidos ou não reagentes para CMV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| <b>Procedimentos Especiais em Transfusão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para aquecimento de hemocomponentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| 5.2. Protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X          |            |             |
| 5.2.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco envolvido e concorde com o procedimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X          |            |             |
| 5.2.2. Rótulo com indicação de hemocomponentes liberados sem a realização de testes pré transfusionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |            | X           |
| 5.3. Protocolo para liberação de sangue incompatível.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.3.1. Termo de responsabilidade assinado pelo médico hemoterapeuta e/ou pelo médico assistente do paciente quando possível pelo próprio paciente ou responsável legal deste, em concordância com o procedimento e os riscos envolvidos. Justificativa por escrito caso o paciente ou o seu responsável não possam assinar o termo.                                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.4. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão maciça.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |            | X           |
| 5.5. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão intrauterina.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |            | X           |
| 5.6. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão em pacientes aloimunizados (anticorpos específicos para antígenos eritrocitários ou do sistema HLA/HPA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |            | X           |
| 5.6.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico responsável pelo serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.7. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão de substituição adulta e em recém-nascido (exsangüineotransfusão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.7.1. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| <b>Transfusão autóloga</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>N.A.</b> |
| 5.8.1. Médico do serviço de hemoterapia responsável pelo programa de transfusão autóloga.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 5.8.2. Protocolo de transfusão autóloga pré, peri e/ou pós-operatória.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |            | X           |
| 5.8.2.1. Unidade obtida no Pré-operatório (hemodiluição normovolêmica): usada no doador/paciente até 24 h depois da coleta se armazenadas a 4 ± 2°C ou até 8h se armazenado entre 20 e 24°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |            | X           |
| 5.8.2.2. Recuperação intraoperatória por meio de equipamentos específicos para tal finalidade, sangue recuperado usado somente pelo paciente e até 4 h da coleta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |            | X           |



## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

| Agência Transfusional                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Transfusão domiciliar                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 5.9.1. Procedimento realizado na presença de médico durante o ato transfusional.                                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.9.2. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão domiciliar.                                                                                                                                                                                                                         |            |            | X           |
| 5.9.2.1. Atividades executadas de acordo com o POP.                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |            | X           |
| 5.9.3. Medicamentos, materiais e equipamentos disponíveis para situações de emergência.                                                                                                                                                                                                                                   |            |            | X           |
| 5.9.4. Registro dos procedimentos realizados.                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| Sangria Terapêutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 5.10.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para sangria terapêutica.                                                                                                                                                                                                                          |            |            | X           |
| 5.10.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico assistente e avaliação e aprovação do médico do serviço.                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| Aférese terapêutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Sim</i> | <i>Não</i> | <i>N.A.</i> |
| 6.1.1. Pessoal qualificado/capacitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |            | X           |
| 6.1.2. Procedimentos realizados sob responsabilidade de médico hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                                                             |            |            | X           |
| 6.2.1. Protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos/metodologia empregada para aférese terapêutica.                                                                                                                                                                                                     |            |            | X           |
| 6.2.2. Procedimento realizado mediante solicitação do médico do paciente e concordância com o hemoterapeuta.                                                                                                                                                                                                              |            |            | X           |
| 6.2.3. Registro do procedimento: identificação do paciente, diagnóstico, tipo de procedimento terapêutico, método empregado, volume sanguíneo extracorpóreo, e tipo e quantidade do componente removido ou tratado, tipo e quantidade dos líquidos utilizados, medicação administrada e qualquer reação adversa ocorrida. |            |            | X           |

## AVALIAÇÃO DE RISCO DA HEMORREDE

### RELATÓRIO DE RESULTADOS

**Critérios para classificação da Criticidade :**

**Nível de Criticidade I** - Afeta em grau não crítico o risco, podendo ou não interferir na

**Nível de Criticidade II** - Contribui, mas não determina exposição a risco se não

**Nível de Criticidade III** - Determina exposição a risco se não cumprido ou cumprido

**Critérios para classificação quanto ao Risco :**

Total de itens cumpridos inferior a 60% : **ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 60% e 69,99% : **MÉDIO ALTO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos entre 70% e 79,99% : **MÉDIO RISCO POTENCIAL**

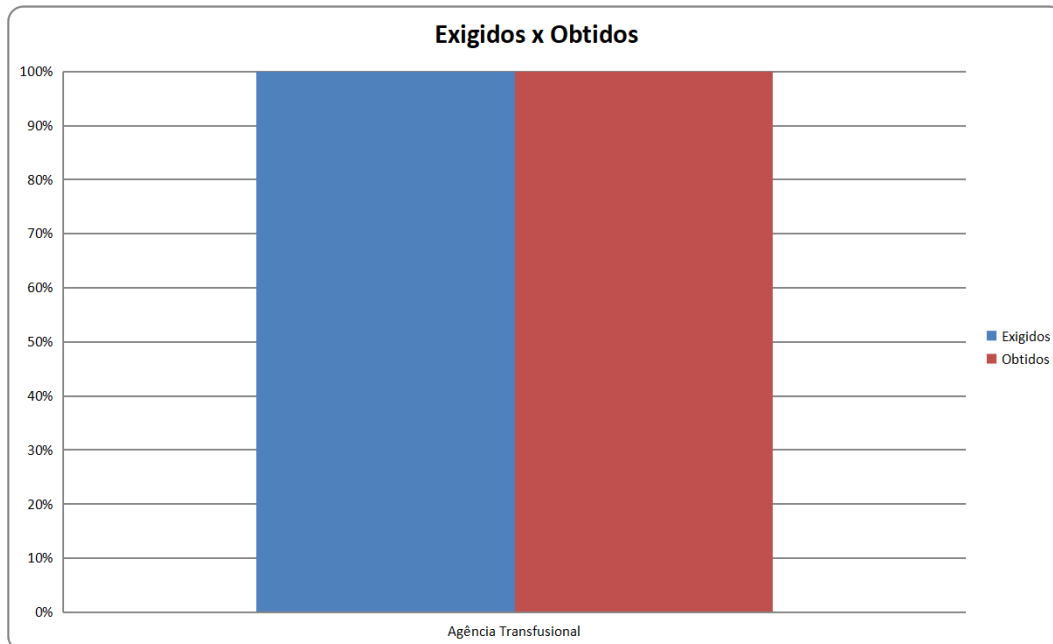
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

Total de itens cumpridos maior ou igual a 95% : **BAIXO RISCO POTENCIAL**

| Módulos Aplicados na Inspeção | Níveis de Criticidade |       |                |        |                 |        | Pontos Obtidos (Total) | (%)     |
|-------------------------------|-----------------------|-------|----------------|--------|-----------------|--------|------------------------|---------|
|                               | Criticidade I         |       | Criticidade II |        | Criticidade III |        |                        |         |
|                               | Total                 | (%)   | Total          | (%)    | Total           | (%)    |                        |         |
| Agência Transfusional         | 0,00                  | 0,00% | 2.617,27       | 25,68% | 7.576,31        | 74,32% | 10.193,57              | 100,00% |
| Total Geral                   | 0,00                  | 0,00% | 2.617,27       | 25,68% | 7.576,31        | 74,32% | 10.193,57              | 100,00% |

**Classificação quanto ao Risco Potencial, segundo as respostas obtidas nos módulos da Avaliação da Agência Transfusional:** **Baixo Risco Potencial**

**Pontuação Alcançada: 100,000%**



**Considerações Finais :**

|                                                                                  |                                                            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                       |  |                             |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------|
| <b>1. Informações Gerais</b>                          |  |                             |
| 1.1 Identificação do Estabelecimento                  |  |                             |
| Razão Social: <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ</b>  |  |                             |
| Nome Fantasia: <b>HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ</b> |  |                             |
| CNPJ: 13.002.704/0001-45                              |  |                             |
| CNES: 2546027                                         |  |                             |
| Endereço: Rua Jackson de Figueiredo, 401,             |  | Bairro: Centro              |
| Município: Itabaiana                                  |  | Estado/SE CEP: 49.500-000   |
| Telefone: (79) 3432-2500                              |  |                             |
| Natureza do Serviço: Filantrópico                     |  |                             |
|                                                       |  |                             |
| <b>Nº Licença Sanitária:</b> 68/2024                  |  | <b>Validade:</b> 06/02/2025 |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>2. Recursos Humanos</b>                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 2.1. Responsável técnico pela unidade de Saúde<br>Dr. Salvio Paiva Mendonça Filho - CRM 2324/SE<br>E-mail: salvio_m@bol.com.br                                                                                                                  |  |
| 2.2. Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia:<br>Dr. Carlos Souza Guimarães CRM – 1952<br>E-mail: gerencia.ihhs@gmail.com                                                                                                               |  |
| 2.3. Supervisor técnico da Agência Transfusional:<br>Dra. Elis Regina De Almeida Santos Lima<br>Biomédica - CRBM 921<br>E-mail: elisealessandro@hotmail.com                                                                                     |  |
| 2.4. Acompanhante da inspeção<br>Dra. Elis Regina De Almeida Santos Lima<br>Biomédica – CRBM2 – 921<br>Enf: Marcos Henrique dos Santos – COREN/SE: 237.040/SE<br>Gerente de Enfermagem<br>E-mail: marcoshs192@gmail.com Whatsapp: 79-99841-5098 |  |

|                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>3. Inspeção</b>                                                                                                         |  |
| 3.1. Data da inspeção: 18/06/2025.                                                                                         |  |
| 3.2. Objetivo<br>Inspeccionar e monitorar a Agência transfusional, a fim de garantir a segurança e qualidade dos serviços. |  |

**HEMORREDE / SE**

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

#### 4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:

4.1

#### 5. Conclusão

5.1. A unidade de Saúde supracitada funciona com uma agência transfusional, em um local específico e exclusivo com estrutura física que atende as necessidades da unidade, possuindo estoque sanguíneo devidamente organizado em câmaras fria com monitoramento de temperatura, com execução dos testes pré-transfusionais conforme protocolos apresentados. A unidade é suprida de insumos e estoque de hemocomponentes pelo IHHS (Instituto de Hemoterapia e Hematologia de Sergipe).

5.2. A visita ocorreu no modelo de monitoramento presencial durou aproximadamente 2:00h (duas horas), sendo recepcionados pela Supervisora técnica dos serviços hemoterápicos a Biomédica Dra. Elis Regina De Almeida Santos Lima e pelo enfermeiro Marcos Henrique dos Santos. Foi constatado que a agência transfusional funciona em perfeito estado física estrutural, feito o *Chek list* em anexo observou-se que os formulários e livros de registros estão atualizados e dentro das normas exigida pela Portaria 158 de 2016. A média transfusional da referida AT são de 02 (dois) hemocomponentes por mês.

5.3. Foi possível observar com o monitoramento que a unidade adota o profissional de enfermagem de forma exclusiva para executar o Ato Transfusional, foram apresentados registros de frequência dos funcionários que realizaram treinamento em ato transfusional promovido pelo IHHS (Instituto de Hemoterapia e Hematologia de Sergipe). Evidenciamos que em 02 de junho deste ano, houve uma notificação de evento adverso relacionado à transfusão. A unidade adota ficha de dupla checagem e os POPs de enfermagem em ato transfusional encontrava-se no momento do monitoramento completos e atualizados.

5.4. Sugerimos com o monitoramento as seguintes orientações:

- Controle de temperatura da caixa térmica para transporte interno de hemocomponentes;
- Busca ativa em pacientes nas 24 horas após a transfusão para evidenciar possíveis eventos adversos relacionados à transfusão;
- Implementar o uso de placa de hemovigilância no leito do paciente transfundido para melhor monitoramento pós-transfusão.

5.5. Conforme irregularidades supracitadas e considerando a necessidade de soluções para os problemas evidenciados durante a inspeção, solicitamos medidas para as adequações das não conformidades.

#### 6. Anexos:

##### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fspH.se.gov.br

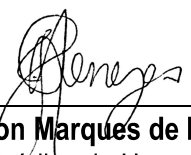
|                                                                                   |                                                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

✓ **Durante a inspeção foi realizado o *Check List* abaixo na AT:**

- ✓ A equipe técnica de trabalho;
- ✓ Registros de entrada e destino final dos hemocomponentes;
- ✓ Anotações de temperaturas de transporte e dos aparelhos de armazenamento dos hemocomponentes;
- ✓ Visualização da disposição e organização dos armazenamentos dos diversos hemocomponentes e insumos utilizados na AT;
- ✓ Controle de qualidade interno e externo, com evidências em registros;
- ✓ Registros de Limpeza dos equipamentos de bancadas, das caixas de transporte e aparelhos de armazenamentos de hemocomponente;
- ✓ Livros de anotações de Ocorrências diárias, livros de Eventos Adversos Relacionados à Transfusão;
- ✓ Visualização das Caixas de transporte limpeza e identificação;
- ✓ Os POPs de bancada se completos e atualizados;
- ✓ Observadas evidências do acompanhamento e monitoramento do ato transfusional;
- ✓ Observado conhecimento técnico da instalação dos hemocomponentes,
- ✓ Os POPs de enfermagem referente à transfusão se completos e atualizados;
- ✓ Observado conhecimento técnico da equipe sobre Eventos Adversos Relacionados a Transfusão;
- ✓ Registros de Capacitações em Hemoterapia;

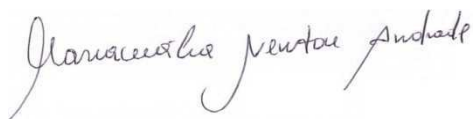
## 7. Equipe Técnica da Inspeção

**Itabaiana – SE, 18 de junho de 2025.**

  
**Jandson Marques de Menezes**  
 Biomédico da Hemorrede/SE  
 CRBM2 – 1868

  
**Jeane Vasconcelos Rocha**  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-SE-149150  
 HEMOSE-FSPH

**Orientações da Gerência da Hemorrede:** O serviço foi classificado como **Baixo risco Potencial**. Parabéns pela pontuação alcançada. A Hemorrede/SE se coloca a disposição para qualquer esclarecimento, caso necessário procurar nossos técnicos.



### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE  
 Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033  
 E-mail: hemorrede@fsph.se.gov.br

|                                                                                                                                                 |                                                            |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|
|  <b>FSPH</b><br>Fundação de Saúde Pamela Hortá<br><b>HEMOSE</b> | <b>RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE<br/>HEMOTERAPIA</b> | <b>2025</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|

## REFERÊNCIAS:

### LEGISLAÇÃO

**RDC 34 de 11/06/2014** - Dispõe sobre as boas práticas no Ciclo do Sangue.

**PORTARIA 158 de 05/fev/ 2016** – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

**PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO MS-GM nº 5 de 28/09/2017** – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde.

**PORTARIA Nº 370 de 07/05/2014**- que trata exclusivamente do transporte de sangue Hemocomponentes para fins terapêuticos.

#### HEMORREDE / SE

End.: Av. Prof. José Bonifácio Fontes Neto 4001 – Bairro: Capucho, Aracaju – SE

Contatos: (79) 3225-8000 Ramal: 8033

E-mail: [hemorrede@fsph.se.gov.br](mailto:hemorrede@fsph.se.gov.br)