



RELATÓRIO MENSAL DE ACOMPANHAMENTO **JULHO 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
DISPENSÇÃO DE SANGUE, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - DISPENSÇÃO	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
DISPENSÇÃO 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 COMPULSÓRIA – REDELAB	39
---	----

UNIDADE SVO

PRODUÇÃO	43
----------	----

ANEXOS

RELATÓRIOS DE MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS QUE UTILIZAM HEMOCOMPONENTES	47
DISPENSACÃO DE HEMOCOMPONENTES POR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - ESTOQUE	66
DISPENSACÃO DE HEMOCOMPONENTES POR AGÊNCIA TRANSFUSIONAL - PRONTO USO	68
DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES POR MOTIVO	70
CONSOLIDADO DO COAGULOPATIAS WEB	72
REAÇÕES TRANSFUSIONAIS - HEMOSE	74
CONSOLIDADO DAS AÇÕES REFERENTES À REDELAB	75

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	
Elaine Cristina Posener Araujo	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: JULHO	ANO: 2025
------------------------	-------------------	------------------

SUPERVISÃO E ASSESSORIA 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	2	Seguindo o cronograma anual
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	2	Programa elaborado em andamento. Este mês 3 treinamentos práticos em imunohematologia para novos funcionários para Agencias
Prestar assistência técnico-científica na implantação/implementação dos serviços que compõem a Hemorrede Estadual	100% dos serviços que solicitarem a assistência	5	Atividade sob demanda

AGENCIAS 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	177	
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH -HR	840	70	146	
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	10.200	850	1.207	
02.12.01.002-6	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I	25.200	2.100	1.987	
02.12.01.003-4	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	18.000	1.500	1.681	

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: JULHO	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	11	
03.06.01.001-1	COLETA DE SANGUE PARA TRANSFUSÃO	26.400	2.200	2.684	
	OFERTA DE LANCHE AO DOADOR	70.200	5.850	4.020	
03.06.01.002-0	COLETA DE SANGUE PARA TRANSFUSÃO (COM PROCESSADORA AUTOMÁTICA)	540	45	22	
	PLAQUETAFÉRESE	300	25	22	
	PLASMAFÉRESE	240	20	0	
03.06.01.003-8	TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR DE SANGUE	32.400	2.700	3.340	
05.01.01.001-7	COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO PARA EXAME DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)	3.468	289	404	Foram realizados 393 novos cadastros e 11 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	01:07:00	00:11:00	03:57:00	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	ANUAL	MENSAL		
AGENDAMENTO E ACOLHIMENTO DE GRUPOS EM CAMPANHA. DE DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA	240	20	23	Foram agendadas 23 campanhas, 02 canceladas.
PARTICIPAÇÃO EM COLETA EXTERNA PARA DOAÇÃO DE SANGUE E REDOME	24	2	5	(SERGIPE É AQUI- Nossa Senhora do Socorro, Aquidabã e General Maynard), UFS e Empresa Desenvolve-se.
VISITA TÉCNICA EM INSTITUIÇÕES PARA COLETAS EXTERNAS	48	4	4	TRT Tribunal Regional do Trabalho, Shopping Riomar, Ponto Regional de Apoio e Tribunal de Justiça do município de N.S.da Glória
CONVOCAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE	3.000	250	76	Listagens para convocação dos grupos sanguíneos constando 411 doadores, somente 76 atenderam as ligações.
ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS A DOADORES ESPECÍFICOS QUE COMPARECERAM ATRAVÉS DE CONVOCAÇÃO	720	60	72	
CONVOCAÇÕES DE DOADORES PLAQUETAFÉRESE	384	32	141	10 novos interessados que inseridos 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

UNIDADE: HEMOSE	MÊS: JULHO	ANO: 2025
------------------------	-------------------	------------------

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	2.684	

SOROLOGIA DE REPETIÇÃO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (QUIMIOLUMINESCENCIA)	2	
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (QUIMIOLUMINESCENCIA)	0	
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) (QUIMIOLUMINESCENCIA)	5	
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI (QUIMIOLUMINESCENCIA)	0	
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) (QUIMIOLUMINESCENCIA)	8	
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) (QUIMIOLUMINESCENCIA)	11	
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS (QUIMIOLUMINESCENCIA)	8	

ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA AS DOENÇAS BENIGNAS DO SANGUE – LABORATÓRIO DE APOIO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
-	HOMOCISTEÍNA	120	10	8	
-	PROTEÍNA S LIVRE	144	12	5	
02.02.01.002-3	TIBC (CAPACIDADE DE LIGAÇÃO DO FERRO TOTAL)	36	3	2	
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	180	15	16	
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	180	15	5	
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO (ÁCIDO FÓLICO)	180	15	9	
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	144	12	12	
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	180	15	16	
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	480	40	18	
	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS TOTAIS	120	10	6	
	Anti-beta-2 glicoproteínas IgG	180	15	6	
	Anti-beta-2 glicoproteínas IgM	180	15	6	
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	6	
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	180	15	8	
02.02.02.018-5	DOSAGEM FATOR II	36	3	0	
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	120	10	1	
02.02.02.020-7	DOSAGEM FATOR V (LEIDEN)	144	12	3	
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	240	20	8	
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	96	8	3	
02.02.02.024-0	DOSAGEM FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	120	10	7	
02.02.02.026-6	DOSAGEM FATOR XI	24	2	0	
02.02.02.027-4	DOSAGEM FATOR XII	24	2	0	
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	72	6	3	
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	120	10	3	
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	1.800	150	209	
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	120	10	7	
02.02.02.055-0	PROTEÍNA C FUNCIONAL	144	12	7	
02.02.02.056-8	PROTEÍNA S FUNCIONAL	144	12	6	
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE	180	15	8	

UNIDADE: HEMOSE		MÊS: JULHO			ANO: 2025
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	144	12	5	
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA	360	30	10	
	PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTICARDIOLIPINA	180	15	3	
	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	180	15	7	
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	180	15	7	
02.02.03.059-8	FATOR ANTI-NUCLEAR FAN	180	15	11	
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	1.200	100	0	
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) (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: JULHO	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	902	Quantitativo de teste realizados no mês
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	18.000	1.500	1.357	Quantitativo de teste realizados no mês
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	3.600	300	363	Quantitativo de teste realizados no mês
02.12.01.001-8	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS EM DOADOR DE SANGUE	30.000	2.500	2.598	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	51	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	82	
	Liss	420	35	41	Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste
	Enzimático	420	35	41	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	41	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	60	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	425	Quantitativo de receptores do mês que justificam a realização deste teste
02.12.01.003-4	EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II	8.400	700	535	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	0	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	51	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: JULHO	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	618	
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	147	
02.12.02.005-6	PREPARO DE COMPONENTES LAVADOS	240	20	8	
02.12.02.006-4	PROCESSAMENTO DE SANGUE	64.800	5.400	7.180	
	Produção de Concentrado de Hemácias	19.800	1.650	2.070	
	Produção de Concentrado de Hemácias Filtradas	6.600	550	618	
	Produção de Concentrado de Hemácias Lavadas	240	20	8	
	Produção de Plaquetas (por unidade)	16.800	1.400	1.722	
	Produção de Plaquetas por Aférese	480	40	34	
	Produção de Plasma por Aférese	240	20	0	
	Produção de Plasma Fresco Congelado	20.400	1.700	2.691	
	Produção de Crioprecipitado	240	20	37	

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	37	

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	1.930	
DISPENSAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS FILTRADA	6.600	550	888	
DISPENSAÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	240	20	8	
DISPENSAÇÃO DE FRACIONAMENTO PEDIÁTRICO	4.800	400	147	
DISPENSAÇÃO DE PLAQUETAS (POR UNIDADE)	14.400	1.200	798	
DISPENSAÇÃO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	480	40	33	
DISPENSAÇÃO DE PLASMA POR AFÉRESE	240	20	0	
DISPENSAÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO	3.000	250	1.598	
DISPENSAÇÃO DE CRIOPRECIPITADO	240	20	5	

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: JULHO	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	7	
03.06.02.003-3	APLICAÇÃO DE FATOR VIII DE COAGULAÇÃO	1.200	100	72	
	Aplicação de Fator VIII de Coagulação			25	
	Aplicação de Fator VIII para Imunotolerância			0	
	Aplicação de Fator VIII Recombinante			47	
	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	TRANSFUSÃO CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	2.160	180	192	
	Transfusão de Concentrado de Hemácias			72	
	Transfusão de Concentrado de Hemácias Filtradas			117	tantas filtradas in line = 108
	Transfusão de Concentrado de Hemácias Lavadas			3	
	Transfusão de Concentrado de Hemácias Lavadas e Filtradas			0	
	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	TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	240	20	5	
	Transfusão de Concentrado de Plaquetas			5	
	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	TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO	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	4	
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:

Elaine Cristina Posener Araujo
 Centro de Diagnósticos e Apoio Terapêutico
 HEMOSE/FSPH

UNIDADE: HEMOSE	MÊS: JULHO	ANO: 2025
------------------------	-------------------	------------------

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	156	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8.400	700	129	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	720	60	55	
	Acetato de Desmopressina (DDAVP) de 4 e 15mL			0	
	HPN			13	
	Terapia com Imiglicerase			19	
	Terapia com Alfataglicerase			23	
03.01.12.003-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM HEMOGLOBINOPATIAS	7.200	600	593	
	Acompanhamento – Psicologia			45	
	Acompanhamento – Serviço Social			35	
	Acompanhamento – Odontologia			31	
	Acompanhamento - Médico			437	
	Acompanhamento - Fisioterapia			45	

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	0	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	40	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	5	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	10	
-	SOLICITAÇÃO DE EXAMES	60	5	6	
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	120	10	4	
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	24	2	0	
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	12	1	1	
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	4	
03.07.01.013-9	RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	24	2	1	
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	72	6	0	
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	72	6	0	
03.07.03.004-0	PROFILAXIA/REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	72	6	4	
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	72	6	0	
04.04.02.009-7	SUTURA/ REMOÇÃO DE SUTURA	36	3	0	
04.14.02.012-0	EXODONTIA DECÍDUO	12	1	0	
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	24	2	0	

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	45	
	ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO (PACIENTE DA TRANSFUSÃO)	1.200	100		análise dos casos/evolução em prontuários

UNIDADE: HEMOSE	MÊS: JULHO	ANO: 2025
------------------------	-------------------	------------------

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%	31	
Atendimento de Doadores com Soroconversão	100%	100%	1	
Atender dose domiciliar de aplicação terapêutica de Hemoderivados dos casos indicados.	100%	100%	40	

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	750	
-	EMICIZUMABE 30MG	48	4	6	
06.02.01.002-0	COMPLEXO PROTROMBINICO FRASCO DE 500 A 600 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS	12	1	0	
-	COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO			0	
06.02.01.003-9	COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 1000 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS			0	
06.02.01.004-7	COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 500 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS	540	45	0	
-	COMPLEXO PROTROMBINICO PARCIALMENTE ATIVADO FRASCO DE 2500UI EM COAGULOPATIA HEREDITARIA			0	
-	CONCENTRADO DE FATOR IX			128	
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	71	
-	CONCENTRADO DE FATOR IX – FRASCO DE 200, 600, 1000 E 1200UI EM COAGULAPATIAS HEREDITARIAS			57	
-	CONCENTRADO DE FATOR VII ATIVADO RECOMBINANTE – FRASCOS DE 50, 100 E 250 KUI	240	20	10	
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
-	CONCENTRADO DE FATOR VIII			401	
06.02.01.012-8	CONCENTRADO FATOR VIII DERIVADO DE PLASMA HUMANO 250 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS			17	
-	CONCENTRADO DE FATOR VIII PLASMATICO- 1.000UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS	1.800	150	118	
06.02.01.016-0	CONCENTRADO DE FATOR VIII - FRASCO DE 500 UI EM COAGULOPATIAS HEREDITARIAS			266	
06.02.01.100-2	ÁCIDO TRANEXAXAMICO- COMPRIMIDO 250MG	360	30	106	

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

FONTE DO DADO:

AValiação:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Elaine Cristina Posener Araujo
Gestão de Diagnósticos e Apoio Terapêutico
HEMOSE/FSPH

LACEN

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	14	
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	3	Visita técnica Sergipe é Aqui (NºSRºSOCORRO, AQUIDABÁ, POÇO DAS ANTAS)
Ofertar o Programa de Educação Continuada e capacitações para a Rede		400 cursos ao ano. Entregar plano em Janeiro do ano subsequente.	16	Treinamento Culicídeos (30/06a04/07) Treinamento PCE(Programa Controle Esquistossomose) 21a26 GAL
Implementar Plano Estratégico da REDELAB-SE		Até dez/2025		
Prestar assistência técnico-científica na implantação/implementação dos laboratórios da rede		100% dos serviços	148	FORAM REALIZADAS ATRAVES DE LIGAÇÕES RECEBIDAS/ WHATSZAP/ EMAILs
Supervisionar o uso dos insumos estratégicos (kits e meios) distribuídos		100% dos serviços	33	DPP (07) KATO KATZ(17) TRM(07) ON SITE(02)
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	675	675 TUBITOS ANALISADOS CONTENDO: 2.471 LARVAS E 614 PUPAS DE CULICÍDEOS
	Esquistossomose	Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês	256	256 LÂMINAS DE PCE
	Tuberculose	Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês	94	
	Hanseníase	Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês	205	
	Leishmaniose	Realizar 100% das análises das amostras de controle de qualidade relativas ao mês	13	13 AMOSTRAS DE CONTOLE DE QUALIDADE SENDO: 02 SÃO CRISTÓVÃO, 01 AREIA BRANCA, 09 PROPRIÁ E 01 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	60	

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

FONTE DO DADO:

AVALIAÇÃO:

GEMIC: Em JULHO/2025* (26/06 A 25/07), em relação as BACILOSCOPIAS para o Controle de TRATAMENTO DA TUBERCULOSE foram realizados 117 exames. Observa-se que no mês de julho, houve pequeno aumento no total de baciloscopias, diferente dos últimos três meses em que ocorreu a queda no número total de baciloscopias para controle de tratamento. O número de baciloscopias 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 permenece em andamento junto a REDELAB. Em JULHO/2025*, foram relidas 94 lâminas de baciloscopias da TUBERCULOSE para o Controle de Qualidade da REDE ESTADUAL. Em JUNHO/2025* foram realizados 40 exames de baciloscopias (DIAGNÓSTICO DA HANSENIASE), houve aumento importante, acima da média esperada. Também foram realizadas 2 baciloscopias de CONTROLE DE TRATAMENTO DA HANSENIASE. Em JULHO/2025*, recebemos 205 lâminas de baciloscopias da HANSENIASE para o Controle de Qualidade da REDE ESTADUAL. Destacaram-se os municípios de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro. Vale ressaltar que o importante aumento no número de baciloscopias se deu a partir do acumulado de lâminas para releitura. Após a contratação de novos biomédicos houve alinhamento providencial e regularização imediata das releituras de lâminas no referido laboratório. Quanto ao Controle de Qualidade das Meningites/Encefalites, em JULHO/2025*, observamos estabilidade e números dentro da média esperada, foram realizadas 37 releituras de lâminas de líquor.

REDELAB: Participação no Pregrama Sergipe é Aqui nos Municípios de Nossa Senhora do Socorro (04/07/2025), Aquidabá (10/07/2025) e General Maynard (26/07/2025).

 RESPONSÁVEL PELA
 INFORMAÇÃO:

Silvia Virginia Barreto Cruz Gestão da REDELAB LACEN/FSPH
Lucyano Renovato Jacob Gestão de Microbiologia LACEN/FSPH
Karine Dantas Moura Gestão de Zoonoses, Entomologia e Parasitologia LACEN/FSPH
Gabriela Vasconcelos Brito Bezerra Gestão de Imunologia e Biologia Molecular LACEN/FSPH

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	441	
02.02.03.004-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV – I (ELETROQUIMIOLUMINESCENCIA)	9.600	800	686	
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	18	
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	2.400	200	390	
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	6.000	500	457	
02.02.03.064-4	PESQUISAS DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	600	50	12	
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	7.200	600	619	
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	199	
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	1.200	100	36	
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DA HEPATITE B (HBSAG)	7.200	600	698	
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	600	50	13	
02.02.03.108-0	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	600	50	24	
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	4.800	400	147	
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	7.200	600	540	
02.02.03.124-1	GENOTIPAGEM DO HIV	120	10	0	
02.13.01.020-8	IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)	1.200	100	98	
02.13.01.050-0	QUANTIFICAÇÃO DA CARGA VIRAL DO HIV (RNA)	12.000	1.000	919	

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

FONTE DO DADO: Relatório do Gal

AValiação: Houve uma regularização no quantitativo de exames de HIV, HCV e HBSAG por conta na do 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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

LABORATÓRIO DE ASSISTENCIA MÉDICA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – SOROLOGIA E IMUNOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
-	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CA-15.3)	1.200	100	66	
-	SEQUENCIAMENTO GENÔMICO	100%	100%	0	
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	7.200	600	516	
	PSA Total	3.600	300	258	
	PSA Livre	3.600	300	258	
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	95	
	IgG	1.200	100	46	
	IgM	1.200	100	49	
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	3.600	300	381	
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	4.800	400	448	
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	600	50	26	
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	2.400	200	44	
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	3.600	300	380	
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	4.800	400	446	
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	600	50	26	
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	2.400	200	44	
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	1.200	100	74	
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	120	10	8	
02.13.01.018-6	IDENTIFICAÇÃO DE VÍRUS DA RAIVA POR RT-PCR	120	10	4	
02.13.01.057-7	AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE	1.200	100	16	

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
-	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CA-125)	180	15	45	
-	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CA-19.9)	180	15	42	
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	360	30	5	
05.01.08.003-1	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	120	10	7	
05.01.08.004-0	DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	60	5	2	
05.01.08.005-8	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	480	40	36	
05.01.08.010-4	DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	60	5	1	

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/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	6.000	500	104	
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	6.000	500	50	
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	6.000	500	138	
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	2.400	200	117	
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	1.200	100	0	
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	6.000	500	104	
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	14.400	1.200	432	

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
----------------	------------	-----------

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

FONTE DO DADO:

Relatório do Gal

AVALIAÇÃO:

GEBIO: Houve uma regularização no quantitativo de exames em geral por conta na regularização de fornecimento de kits.

GEMIC: Em JULHO/2025*, houve aumento no quantitativo de exames Direto e de Cultura para fungos. Os resultados das bacterioscopias do líquor para o Controle de Qualidade estão descritos na Planilha da REDELAB. No mês de JULHO/2025* não recebemos amostras para o exame de HEMOCULTURA. No mês de JULHO/2025*, foram realizados 432 exames de Teste Rápido Molecular (TRM/TB), houve diminuição no total de exames de TRM/TB realizados, dentro das expectativas para o período.

RESPONSÁVEL PELA
INFORMAÇÃO:

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

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

Lucyano Renovato Jacob
Gestão de Microbiologia
LACEN/FSPH

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

PROTEGE I

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
-	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (ELISA)	42.000	3.500	1729	
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	42.000	3.500	1729	
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	42.000	3.500	1729	
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	42.000	3.500	1729	
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	42.000	3.500	1729	
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	42.000	3.500	1729	
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	42.000	3.500	1729	

PROTEGE II

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
-	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 (ELISA)	18.000	1.500	688	
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	18.000	1500	688	
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	18.000	1500	688	
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	18.000	1500	688	
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	18.000	1500	688	

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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	13	
-	MENINGITE RT-PCR (Haemophilus influenzae/Neisseria meningitidis/Streptococcus pneumoniae)	1.200	100	41	
-	MONKEYPOX RT-PCR	600	50	3	
-	TESTE IGRA (GAMA-INTERFERON)	2.400	200	194	
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	3.000	250	114	
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTÍGENO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	60.000	5.000	898	
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	53	
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	2.400	200	5	
	Chikungunya	1.200	100	4	
	Zika	1.200	100	1	
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	360	30	0	
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	43.320	3.610	369	
	Chikungunya	14.400	1.200	124	
	Dengue	14.400	1.200	126	
	Febre amarela	120	10	0	
	Zika	14.400	1.200	119	
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGM)	1.800	150	38	
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	360	30	10	
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR (PCR)	600	50	72	
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	1.200	100	1	
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	300	25	8	
	PCR	120	10	8	
	ELISA	180	15	0	
02.13.01.002-0	ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO -TESTE DE ELISA P/ IDENTIFICAÇÃO DE LEPTOSPIRAS (LEPTOSPIROSE)	240	20	26	
02.13.01.038-0	ISOLAMENTO DO VIRUS DA DENGUE	43.320	3.610	884	
	CHIKUNGUNYA RT-PCR	14.400	1.200	287	
	DENGUE RT-PCR	14.400	1.200	287	
	FEBRE AMARELA RT-PCR	120	10	23	
	ZIKA RT-PCR	14.400	1.200	287	
02.13.01.040-2	ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA	60.000	5.000	859	
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)	240	20	17	
02.13.01.042-9	ISOLAMENTO DO VIRUS DA POLIOMIELITE	240	20	1	
02.13.01.056-9	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DE PARVOVÍRUS (PARVOVIROSE)	120	10	4	
02.13.01.058-5	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DO SARAMPO	1.200	100	4	
02.13.01.060-7	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO PARVOVÍRUS (PARVOVIROSE)	120	10	4	
02.13.01.061-5	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DO SARAMPO	1.200	100	10	
02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS-COVID-2 POR RT-PCR	60.000	5.000	820	
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	0	

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	19	
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	480	40	40	
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (CONTROLE DE TRATAMENTO/RETRATAMENTO)	13.200	1.100	211	
	Controle de Qualidade da Rede	3.600	300	94	
	Controle de Tratamento	3.600	300	117	
	Pesquisa de MNT	6.000	500	0	
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	2.664	222	177	
	Identificação e antibiograma em todas as cepas de cultura de vigilâncias	480	40	38	
	Coprocultura e antibiograma em todas as amostras de ROTAVÍRUS e MDDA.	600	50	76	
	Coprocultura e antibiograma em todas as amostras de surto	600	50	0	
	Cultura e Antibiograma de LCR (Meningite)	960	80	60	
	Pesquisa de Bordetella pertussis	24	2	3	
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	3.600	300	176	
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	12	1	0	

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	0	
02.02.02.045-2	PESQUISA DE PLASMÓDIO	60	5	0	
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	60	5	3	
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	0	

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

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 JULHO/2025*, foram realizadas 40 leituras de lâminas de raspado intradérmico para pesquisa de Hanseníase (Diagnóstico e Controle de Tratamento), houve aumento dentro do esperado. No mês de JULHO/2025*, NÃO recebemos amostras clínicas (fezes) provenientes de SURTO ALIMENTAR. Recebemos 10 amostras clínicas (fezes) referente ao Programa ROTAVÍRUS, houve diminuição quando comparado ao mês anterior (junho/2025). Recebemos 28 amostras para Coprocultura do Programa MDDA (Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas), houve pequeno aumento no total de amostras processadas no período, quando comparamos com o mês de junho/2025. Em JULHO/2025*, tivemos aumento da média no número de amostras para CULTURA DE VIGILÂNCIA e foram realizados 15 exames para essa finalidade. O número de amostras de líquor para o diagnóstico das meningites/encefalites se manteve dentro da média e dentro da expectativa. Em JULHO/2025*, foram liberados 19 Testes de Sensibilidade às Drogas (TDS) de 1ª linha para o tratamento da tuberculose. No mês de JULHO/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 JULHO/2025* recebemos 03 amostras para pesquisa de COQUELUche (Bordetella pertussis), houve diminuição e provavelmente pode estar associado a diminuição de busca ativa e notificação de casos de coqueluche pela vigilância epidemiológica. 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. Talvez seja necessário provocar um contato direcionado a atual situação do referido agravo em relação ao número de notificações e oportunidade sobre coleta de amostras de nasofaringe em pacientes suspeitos de coqueluche.

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: JULHO	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	1	
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	120	10	1	
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	120	10	1	
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	120	10	1	

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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	0	
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	120	10	0	
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	36	3	0	
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	120	10	0	
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	120	10	0	
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	120	10	0	
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	12	1	0	
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	120	10	0	
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	0	
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	ANALISE DE RESIDUOS DE PESTICIDAS	4.260	355	0	
	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	0	
	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	
	Carbendazin	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	0	
	Clomazone	60	5	0	
	Clordano (isômeros)	60	5	0	
	Clorpirifós	60	5	0	
	Cytrin	60	5	0	
	Cyromazine	60	5	0	
	DDT (isômeros)	60	5	0	
	Deltamethrin/ Deltametrina	60	5	0	
	Dimethoate	60	5	0	
	Diuron	60	5	0	
	Endossulfan	60	5	0	
	Endrin	60	5	0	
	Famoxadone	60	5	0	
	Fipronil	60	5	0	
	Fluropixir	60	5	0	
	Glifosato	60	5	0	
	Heptaclo e Heptaclorepóxido	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	0	
	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	

UNIDADE: LACEN		MÊS: JULHO			ANO: 2025
	Paraquat	60	5	0	
	Pendimetalina	60	5	0	
	Pentaclorofenol	60	5	0	
	Permetrina	60	5	0	
	Picloran	60	5	0	
	Propanil	60	5	0	
	Simazina	60	5	0	
	Sulfuramida	60	5	0	
	Tebuconazol/ Tebuconazole	60	5	0	
	Tebuthiuron	60	5	0	
	Tembotrione	60	5	0	
	Thiamethoxam	60	5	0	
	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	
	a. g 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: JULHO	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 CHOLERAEE EM ANALISE DE AGUA	240	20	0	
02.13.02.001-7	ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA	33.612	2.801	2446	
	Coliformes totais	16.800	1.400	1223	
	Escherichia coli	16.800	1.400	1223	
	Cianotoxinas	12	1	0	
02.13.02.006-8	ANALISE FISICO-QUIMICA DE AGUA	67.256	5.605	4862	
	Aluminio	8	1	0	
	Amônia	8	1	0	
	Cobre	8	1	0	
	Cor	16.800	1.400	1222	
	Cromo	8	1	0	
	Ferro	8	1	0	
	Fluor	16.800	1.400	1192	
	Nitrato	8	1	0	
	pH	16.800	1.400	1225	
	Turbidez	16.800	1.400	1223	
	Zinco	8	1	0	

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAUDE AMBIENTAL – VIGIAR

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	ANUAL	MENSAL		
FUNGOS PATOGENICOS E TOXIGÊNICOS	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: JULHO	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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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	14	
02.13.01.070-4	TESTE DE SORONEUTRALIZAÇÃO P/ IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA RAIVA	600	50	23	

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	34	
-	PESQUISA DE CAMPO DE VETORES TRANSMISSORES DE DOENÇAS: TRIATOMÍNEOS; FLEBOTOMÍNEOS; ANOPHELES; CULEX	60	5	0	ATIVIDADE DEPENDENTE DE DEMANDA PELA SES
-	IDENTIFICAÇÕES DE VETORES TRANSMISSORES DE DOENÇAS: TRIATOMÍNEOS; FLEBOTOMÍNEOS; ANOPHELES; CULEX	6.000	500	38	38 ESPÉCIMES = 03 ESCORPIÕES, 01 PREDADOR, 34 MOLUSCOS
-	PESQUISA PARA OVITRAMPAS	1.800	150	0	ATIVIDADE DEPENDENTE DE DEMANDA PELA SES
-	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	22	
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	0	
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	62	
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO	3600	300	62	

OUTRAS PRODUÇÕES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES

FONTE DO DADO:

Relatório do Gal

AValiação:

GEBIO: A rotina de colinesterase e avaliação de anticorpos anti-rábitos é de acordo com demanda da SES.

GEZEP: No período de 21/07/25 A 25/07/25 executado TREINAMENTO DE LEITURAS DE LÂMINAS DE PCE - KATO KATZ; e no período de 30/06/25 A 07/07/25 executado TREINAMENTO DE LEITURAS DE LARVAS DE CULICÍDEOS. DEVIDO A INTERFERÊNCIA DO PERÍODO CHUVOSO, NÃO HOUVE DEMANDA PARA PESQUISA DE OVITRAMPAS NEM ATIVIDADES DE CAMPO EM AGOSTO.

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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
----------------	------------	-----------

VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA DIÁLISE

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

VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
02.13.02.001-7	ANALISE DE BACTERIAS PATOGENICAS EM AGUA	240	20	0	
	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	ANALISE FISICO-QUIMICA DE AGUA	240	20	0	
	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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
----------------	------------	-----------

SOROLOGIA DOS DOADORES DE ÓRGÃOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
		ANUAL	MENSAL		
05.01.07.001-0	SOROLOGIA DE POSSÍVEL DOADOR DE CÔRNEA E ESCLERA	100%	100%	20	
05.01.07.002-8	SOROLOGIA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃO OU TECIDO EXCETO CÔRNEA	100%	100%	3	

SOROLOGIA 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:

GEBIO: 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: JULHO	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	40	
02.01.02.004-1	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL	2.640	220	552	
	Micológico direto	720	60	117	
	LTA	120	10	1	
	Sangue/Plasma/Líquidos corporais/Secreções	1.800	150	434	

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

UNIDADE: LACEN	MÊS: JULHO	ANO: 2025
-----------------------	-------------------	------------------

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	ANUAL	MENSAL		
KIT PARA COLETA DE ÁGUA	16.800	1.400	1162	
KIT PARA COLETA DE CD4/CD8; CARGA VIRAL PARA HIV	18.000	1.500	1900	
KIT PARA SURTO DE DTA	840	70	130	
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	2802	Swabs
KIT PARA COLETA DE MONKEYPOX	600	50	0	

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	ANUAL	MENSAL		
KIT CORANTES PARA BACILOSCOPIA	480	40	16	
KIT PARA DIAGNÓSTICOS DAS MENINGITES	1.800	150	90	
MEIOS DE CULTURA PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS	-	-	4078	
REAGENTES PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS	1.200	100	54	

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	METAS		PRODUÇÃO	OBSERVAÇÕES
	ANUAL	MENSAL		
KIT DE TESTE RÁPIDO (LEISHMANIOSE) PARA HUSE/HU	60	5	2	
KIT DE TESTE RÁPIDO PARA LEISHMANIOSE ANIMAL (DPP)	360	30	7	
KIT DE TESTE RÁPIDO PARA ESQUISTOSSOMOSE (KATO KATZ)	480	40	17	
KIT DE TESTE RÁPIDO PARA MALÁRIA	60	5	0	
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: JULHO	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 rabeção	100% dos óbitos ocorridos na grande Aracaju, devem ser recolhidos pelo serviço até 12/2025		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		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	192	
-	NECROPSIA VERBAL	100% dos óbitos atendidos para emissão de D.O.	192	
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		
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	3.600	300	292	
Cadatro de óbitos no serviço com emissão de declaração de óbito	2.160	180	182	
Cadastro de óbitos para recolhimento na rede hospitalar pelo SVO	360	30	36	
Cadastro de óbitos para recolhimento em domicílio pelo SVO	600	50	12	
Cadastro de óbitos para guarda da rede hospitalar	240	20	38	
Cadastro de óbitos para guarda temporária por solicitação familiar	120	10	14	
Óbitos tranferidos para o IML	120	10	10	
NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR CAUSA MORTE	85% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE DOPELO SVO NO SIM		157	
NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR NECRÓPSIA VERBAL	45% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE D.O. PELO SVO		157	
NÚMERO DE ESCLARECIMENTO POR NECROPSIA	90% DOS CASOS NECROPSIAS SEM PATOLOGIA ESCLARECIDA		#DIV/0! 0	
NÚMERO DE CASOS NÃO ESCLARECIDOS	15% DO TOTAL DE ÓBITOS COM EMISSÃO DE D.O. PELO SVO APÓS CORREÇÃO NO SIM		25	
NÚMEROS DE COLETAS DE AMOSTRAS PARA EXAMES LABORATORIAIS DE INVESTIGAÇÃO	480	40	%	
NÚMERO DE COLETAS DE ASSINATURAS DIGITAL PARA CONFIRMAÇÃO E IDENTIDADE PELO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	480	40	14	
NÚMERO DE NECROPSIAS REALIZADAS	720	60	0	
NÚMERO DE AMOSTRAS PARA ANÁLISE BIÓPSIA ENVIADA A LABORATORIO DE PATOLOGIA MÉDICA TERCEIRIZADOS	14400	1200	0	
NUMERO DE AMOSTRAS ENCAMINHADAS PARA CITOLOGIA PATOLOGICA DE LIQUIDOS VICERAIIS EM LABORATORIO TERCEIRIZADO	1080	90	0	

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		214	

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	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS			28	
	CHIKUNGUNYA	100% das amostras coletadas		14	
	ZIKA			14	
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA			0	
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS			44	
	CHIKUNGUNYA	100% das amostras coletadas		14	
	DENGUE			15	
	FEBRE AMARELA			1	
	ZIKA			14	
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		2	
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS	100% das amostras coletadas		7	

UNIDADE: SVO		MÊS: JULHO		ANO: 2025
02.13.01.058-5	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICACAO DO VIRUS DO SARAMPO	100% das amostras coletadas	0	
02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS-COVID-2 POR RT-PCR *	100% das amostras coletadas	25	
-	MENINGITE RT-PCR (Haemophilus influenzae/Neisseria meningitidis/Streptococcus pneumoniae)	100% das amostras coletadas	1	
-	MONKEYPOX RT-PCR	100% das amostras coletadas	0	
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		8	
	PCR	100% das amostras coletadas	4	
	ELISA		4	
02.13.01.040-2	ISOLAMENTO DO VIRUS DA INFLUENZA	100% das amostras coletadas	25	
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	1	
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	0	

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		0	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	100% dos óbitos enquadrados		6	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO POR TUBERCULOSE	100% dos óbitos enquadrados		7	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA ZIKA	100% dos óbitos enquadrados		14	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA DENGUE	100% dos óbitos enquadrados		15	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA CHIKUNGUNYA	100% dos óbitos enquadrados		14	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA SARS- COVID	100% dos óbitos enquadrados		25	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA SARAMPO	100% dos óbitos enquadrados		0	
NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS EM INVESTIGAÇÃO PARA INFLUENZA (POR NOVO SUBTIPO)	100% dos óbitos enquadrados		25	
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

FONTE DO DADO:

AValiação:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Patricia Ribeiro de Araujo Barroso
Superintendência do SVO
SVO/FSPH

ANEXOS

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

1. Informações Gerais

1.1 Identificação do Estabelecimento

Razão Social: **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSETH**

Nome Fantasia: **Hospital Universitário da UFS**

CNPJ: 15.126.437/0010-34

CNAE: 8640212.0

Endereço: Av. Cláudio Batista, 505 Bairro: Palestina

Município: Aracaju Estado/SE CEP: 49.060-025

Telefone: (79) 2105 - 1700 Ramal: 1757

Natureza do Serviço: Público

Nº licença sanitária:

Validade:

2. Recursos Humanos

2.1. Superintendente da Unidade de saúde

Dra. Angela Maria da Silva CRM – 1168

E-mail: superintendencia.huufs@ebserh.gov.br

2.2. Responsável Técnico pelo Serviço de Hemoterapia:

Dr. Geydson Cruz CRM – 3625

E-mail: geydson.cruz@ebserh.gov.br

2.3. Coordenação de enfermagem dos serviços Hemoterápicos:

Enfª.: Bruna Paula de Jesus Siqueira – COREN/SE – 262857

E-mail: bruna.siqueira@ebserh.gov.br

2.4. Supervisores da Agência Transfusional

Biomédico: Alysson Fellipe Costa Telles CRBM2 – 2743

E-mail: alysson.telles@ebserh.gov.br

Farmacêutica: Isabella Lima Dantas Teles

E-mail: isabella.dantas@ebserh.gov.br

2.5. Acompanhantes da Inspeção:

Enfª.: Bruna Paula de Jesus Siqueira

Farmacêutica: Isabella Lima Dantas Teles

Tec. da AT: Sandra Guaracira

3. Inspeção

3.1. Data da inspeção: 23/07/2025

3.2. Objetivo

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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:

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 câmeras fria com monitoramento de temperatura. A unidade visitada trabalha com pacientes 100% SUS é abastecida pelos hemocomponentes do HEMOSE.
- 5.2. A visita ocorreu em aproximadamente duas horas, sendo recepcionados pelas funcionárias a Farmacêutica Isabella Dantas e Sandra Guaracira presente ainda a responsável pelo ato transfusional Enfª Bruna Siqueira. Foi constatado que a agência transfusional funciona em perfeito estado físico, estrutural com muita eficiência, os registros devidamente preenchidos, a unidade participa de controle externo da qualidade e foi aplicado o *check List* em anexo. É válido ressaltar que essa unidade resolve casos complexos de compatibilidade sanguíneo, reproduzem perfil eritrocitário de pacientes falcêmicos e revelam anticorpos irregulares quando se positivam.
- 5.3. De acordo com o protocolo da instituição, o enfermeiro e o técnico de enfermagem, da unidade, são os responsáveis pelo ato transfusional. Ficando a cargo dos profissionais de enfermagem da agência transfusional o monitoramento das 24 horas pós transfusão. Esta vigilância é realizada com auditoria dos respectivos prontuários, onde os dados são consolidados. Em caso de ocorrências de efeitos adversos, prossegue-se com a investigação. Nessa mesma avaliação, é verificado se os registros de enfermagem estão em conformidade com a legislação. Quanto as anotações, são feitas em prontuário digital, constando início do procedimento, dados do hemocomponente, e horário de término. Havendo falta, em casos pontuais, no acompanhamento do transcurso. Estes arquivos são impressos logo em seguida, onde é anexado o termo de consentimento livre e esclarecido, para que sejam arquivados. Os protocolos encontram-se completos e com data de validade dentro do previsto. A unidade também possui protocolo de captação de doadores de sangue. A enfermeira relata que a coleta de amostra, para transfusão, e prosseguimento dos testes pré transfusionais só são executados quando se constata a assinatura do termo de consentimento e preenchimento completo e legível da SNH, dessa forma evitando lacunas e insegurança no processo. A unidade possui núcleo responsável pela alimentação do sistema NOTIVISA, onde a última reação notificada data do dia 23/06/2025. Até o momento, foram notificados 22 casos de efeitos adversos à transfusão, neste ano. O comitê transfusional está em atividade regular, com programação de reuniões trimestrais, e convocação, além do previsto, quando ocorrem casos extraordinários. No presente ano, foram apresentadas atas de registros com a realização de duas reuniões. Também foi apresentado comprovação de capacitações voltadas a hemoterapia abrangendo a participação de todas as categorias profissionais envolvidas.
- 5.4. Sugerimos com a inspeção;
- A implantação de placa de hemovigilância de 24 horas a beira leito, além de buscar envolver os profissionais que atuam na assistência direta aos pacientes das unidades, na tentativa de evitar subnotificações e melhorar a observância de

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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

sinais e sintomas que possam estar passando despercebidos.

- Reforçar nas atualizações e capacitações, que é imprescindível realizar os registros dos cuidados na assistência durante o transcorrer da transfusão.
- Evitar uso de corretivos e rasuras nos livros de registros.

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

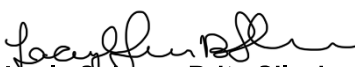
6. Anexos:

✓ Durante a inspeção foi realizado o <i>Check List</i> 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

Aracaju – SE, 23 de julho de 2025.


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


Layla Suanny 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

 FSPH Fundação de Saúde Pareiras Horta HEMOSE	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
---	--	-------------

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	
Informações Gerais e Identificação do Serviço	
Da Agência Transfusional	Razão Social : EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
	Nome Fantasia : Hospital Universitário da UFS
	Número do CNPJ : 15.126.437/0010-34
	Município : Aracaju UF : SE
	Natureza do Serviço : Público
	CNES Nº : 0002534
	Licença Sanitária :
	Data de Validade :
Tipo de Serviço : Agência Transfusional	
Da Visita	Período da Visita : 23/07/2025 a 23/07/2025
	Data da Última Visita : 19/08/2024
	Conclusão : Foi constatado que a agência transfusional funciona em perfeito estado físico estrutural com muita eficiência, os registros devidamente preenchidos, a unidade participa de controle externo da qualidade. A equipe de enfermagem da agência realizam monitoramento dos pacientes transfundidos e a busca ativa, além de manter os registros conforme previsto na legislação.
	Medidas Adotadas :
Da Visita	Equipe de Visita : Jandson Marques e Layla Silveira
	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*	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. ^{1,2} 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. 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. * 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). * 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

Agência Transfusional			
Transfusão domiciliar	Sim	Não	N.A.
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	Sim	Não	N.A.
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	Sim	Não	N.A.
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
Crítérios 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

Crítérios 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**

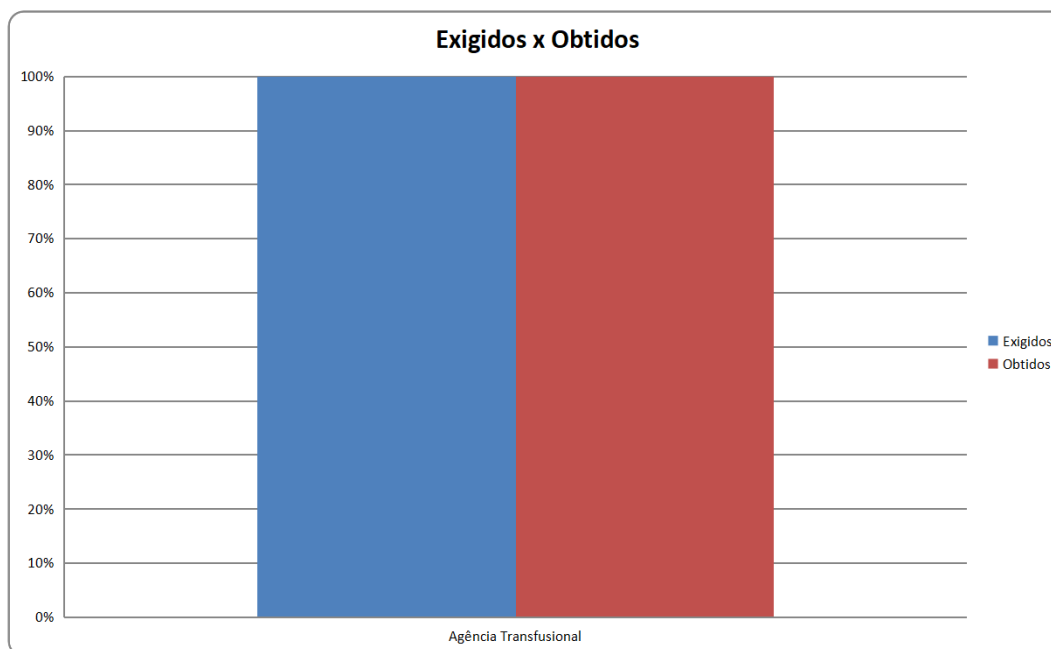
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

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%	3.306,02	29,75%	7.805,89	70,25%	11.111,91	100,00%
Total Geral	0,00	0,00%	3.306,02	29,75%	7.805,89	70,25%	11.111,91	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 :

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

1. Informações Gerais		
1.1 Identificação do Estabelecimento		
Razão Social: Fundação Hospitalar de Saúde		
Nome Fantasia: Hospital de Urgência de Sergipe Gov. João Alves Filho - HUSE		
CNPJ: 10.436.979/0004-41		
CNES: 3312089		
Endereço: Av. Presidente Tancredo Neves, 7501		Bairro: Capucho
Município: Aracaju	Estado/SE	CEP: 49095-000
Telefone: (79) 3216-2600 / (79) 3302-8113		
Natureza do Serviço: Público		
Nº licença sanitária: Validade:		

2. Recursos Humanos	
2.1. DIRETOR TÉCNICO	
Lycia Maria Dinis Mendonça Alves CRM -2106	
E-MAIL: lycia.alves@saude.se.gov.br	
TELEFONE: 99883-4183	
2.2. SUPERINTENDENTE:	
Roberto Queiroz Gurgel CRM -1365	
E-MAIL: roberto.gurgel@saude.se.gov.br	
TELEFONE: 98113-0435	
2.3. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	
Joseni Silva Santos – CRM- 1526	
E-MAIL: josenisilvasantos@yahoo.com.br	
2.4. GERENTE DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
Jose Roberto dos Santos	
E-MAIL: jroberto.santos@fhs.saude.se.gov.br	
2.5. COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM	
Luciana de Oliveira Silva COREN-234591	
E-MAIL: lucianaoliveira.silva@saude.se.gov.br	
TELEFONE: 99882-8293	
2.6. ENFERMEIRO DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	
Reinaldo Melo Santos	
E-MAIL: digarei3@gmail.com	
TELEFONE: 99959-5849	
2.7. ACOMPANHANTES DA INSPEÇÃO	
Gerente da AT - Roberto Santos	

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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

3. Inspeção

3.1. Data da inspeção: 28/07/2025.

3.2. Objetivo

Inspeccionar e monitorar a Agência transfusional, a fim de garantir a segurança e qualidade dos serviços.

4. Não conformidades detectadas durante a inspeção:

- 4.1. Foi evidenciado que a bancada de trabalho não está instalada de forma ergonômica, apresentando altura desfavorável/desproporcionais as atividades (RISCO II).
- 4.2. Não foi observado cadeiras e/ou bancos para descanso dos funcionários, dentro da AT, como recomendam a legislação.
- 4.3. Não há registros de controle de temperatura para o transporte de hemocomponentes (RISCO II)
- 4.4. Foi observado o Frizer de armazenamento de plasma do tipo doméstico que não atinge a temperatura de ideal de conservação do hemocomponente que deveria ser (-30C) menos trinta graus centígrados. (RISCO II).
- 4.5. Os hemocomponentes são instalados pelos profissionais da agência transfusional, deixando o acompanhamento sob responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade. Nesta situação é entregue um formulário, que foi desenvolvido pela AT, com identificação do paciente para que seja preenchido conforme preconiza a legislação. Porém, o que foi verificado é que não é anotado nenhum dado sobre o ato transfusional, excetuando-se os registros feitos pelos próprios funcionários da agência. (RISCO III). Ainda que de forma incompleta, foi possível verificar que na UTQ (Unidade de Terapia de Queimados) apresentou uma melhora nos registros, onde os enfermeiros preenchem a fixa de acompanhamento com dados dos sinais vitais durante o transcurso da transfusão e término.
- 4.6. Não há registro em prontuário dos sinais vitais (temperatura, PA, pulso e FR) no início e no final da transfusão. RISCO(III)
- 4.7. Não é possível determinar o tempo máximo de infusão, pois não constam anotações com o horário de término da transfusão. (RISCO III)
- 4.8. Não há registro de acompanhamento do profissional nos primeiros dez minutos a beira do leito (RISCO (III)
- 4.9. Não há termo de consentimento livre e esclarecido. RISCO (III)
- 4.10. Não há protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão maciça. RISCO (II)
- 4.11. Não há registro de dupla checagem e identificação segura do paciente (RISCO III)
- 4.12. Não foram apresentados os POPs de Evento adverso relacionado a transfusão. RISCO(II)
- 4.13. Não há protocolo definido e escrito com as indicações e procedimentos para transfusão de extrema urgência. RISCO (II)
- 4.14. Não foram apresentados atualização dos POP'S relacionados 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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

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 parcialmente as necessidades da unidade, possuindo estoque sanguíneo devidamente organizado em câmaras fria com monitoramento de temperatura. A unidade visitada trabalha com pacientes 100% SUS é abastecida pelos hemocomponentes do HEMOSE.

5.2. A visita ocorreu em aproximadamente duas horas, sendo recepcionados pelo gerente da unidade Roberto dos Santos, as quais nos apresentaram os registros e fluxo da AT, com a visita foi possível verificar que os estoque são alimentados diariamente e que seus registros de entrada e saída estão devidamente preenchidos, juntamente com os registros de temperatura, limpeza e controle de qualidade diário em dias, e demais observações de acordo com o *check list* abaixo, é valido ressaltar que houve uma melhora nas atividades da AT desde da última visita, agora a unidade conta com profissionais de nível superior em todos os turnos e implementaram o exame de sub-grupo RH para pacientes em esquema de politransusão.

5.3. Não há envolvimento da equipe de enfermagem das unidades sobre os cuidados relacionados a assistência durante o ato transfusional, conforme indicado pela legislação. A dinâmica que foi implementada, dentro das possibilidades e recursos que a agência transfusional detém, especialmente no que diz respeito ao subdimensionamento de profissionais necessários para uma supervisão adequada, tem colocado em risco o ciclo do sangue, pois viola as boas práticas da assistência hemoterápica, aumenta a probabilidade de reações adversas, devido ao monitoramento ausente ou inadequado, e inclui o aumento das chances de ocorrência de erro de identificação do paciente e do hemocomponente. Este cenário também se torna favorável para um alto índice de subnotificações de efeitos adversos. Isso foi evidenciado por dados da própria agência, com uma média de 900 transfusões realizadas mensalmente, constam nos registros somente 4 notificações de efeitos adversos, ocorridas até o momento, no ano de 2025. A falta de atualização e implementação dos POP's, além de descumprir as exigências sanitárias, gera inseguranças que podem acarretar em falhas na identificação e rastreabilidade dos hemocomponentes e reações transfusionais evitáveis. Foi informado e apresentado uma portaria com composição do Comitê transfusional, e data da próxima reunião prevista para o mês de agosto; A agência possui ata de registro de capacitações, providas pelo gerente da AT, que são realizadas com frequência in loco, nas unidades, porém apresenta baixa adesão aos ciclos de capacitação sobre ato transfusional providos pela Hemorrede; A ausência de um profissional de enfermagem, durante a visita de monitoramento, dificulta o alinhamento de algumas recomendações e busca de soluções de problemáticas voltadas ao ato transfusional;

5.4. Sugerimos com a inspeção;

- Providenciar a substituição do frizer de conservação dos plasmas por outro que possa atingir a temperatura ideal de armazenamento;
- Monitorar a temperatura de transporte interno dos hemocomponentes;
- Atualizar os livros de registros com os termos de abertura;
- Atualizar os POP'S sobre ato transfusional e implementar sobre o manejo de

HEMORREDE / SE

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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

- efeitos adversos, pela equipe assistencial;
- Registrar no prontuário o acompanhamento por profissional habilitado e capacitado nos primeiros dez minutos à beira do leito, monitoramento e término da transfusão; Além de evidenciar nos registros a dupla conferência e identificação segura do paciente;
 - Viabilizar a presença de um profissional de enfermagem para identificar e esclarecer as dificuldades enfrentadas pela equipe assistencial no contexto do ato transfusional, bem como alinhar as necessidades de adequação recomendadas.
 - Incluir no seu programa da capacitação/treinamentos, o curso de capacitação em Hemoterapia oferecido pela Hemorrede – HEMOSE;
 - Otimizar o uso e preenchimento do formulário transfusional entregue pela AT a equipe de enfermagem, bem como utilizá-lo como suporte no monitoramento da hemovigilância;
 - Realizar a busca ativa em pacientes nas 24 horas após a transfusão para evidenciar possíveis eventos adversos relacionados à transfusão.;
 - Implementar o uso do termo de consentimento livre e esclarecido;
 - 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 do paciente pós – transfusão.

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

6. Anexos:

✓ Durante a inspeção foi realizado o <i>Check List</i> 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

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

	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	2025
--	--	-------------

- | |
|--|
| Transfusão;
✓ Registros de Capacitações em Hemoterapia; |
|--|

7. Equipe Técnica da Inspeção

Aracaju – SE, 28 de Julho de 2025.


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


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

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	
Informações Gerais e Identificação do Serviço	
Da Agência Transfusional	Razão Social : Fundação Hospitalar de Saúde
	Nome Fantasia : Hospital de Urgencia de Sergipe Gov. João Alves Filho - HUSE
	Número do CNPJ : 10.436.979/0004-41
	Município : Aracaju UF : SE
	Natureza do Serviço : Público
	CNES Nº : 3312089
	Licença Sanitária :
	Data de Validade :
Tipo de Serviço : Agência Transfusional	
Da Visita	Período da Visita : 28/07/2025 a 28/07/2025
	Data da Última Visita : 04/09/2024
	Conclusão : Ficou Constatado que a Equipe de bancada é a mesma que faz a instalação dos Hemocomponentes. POPs relacionados ao ATO TRANSFUSIONAL desatualizados e incompletos. O formulário de monitoramento do ato transfusional não tem sido preenchido, não é preenchido pela enfermagem. Não há evidências de acompanhamento do transcurso transfusional.
	Medidas Adotadas :
Da Visita	Equipe de Visita : JANDSON MARQUES e LAYLA SILVEIRA
	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* * 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. ^{1,2} 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. 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. * 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). * 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

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
Crítérios 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

Crítérios 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**

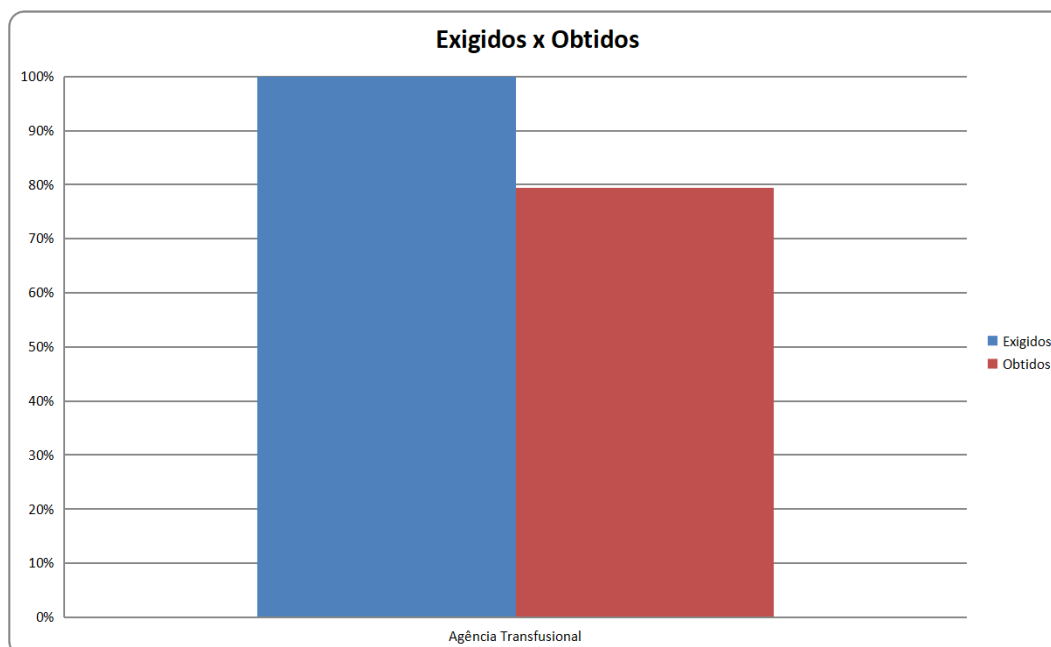
Total de itens cumpridos entre 80% e 94,99% : **MÉDIO BAIXO RISCO POTENCIAL**

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%	2.066,27	26,47%	5.739,63	73,53%	7.805,89	79,44%
Total Geral	0,00	0,00%	2.066,27	26,47%	5.739,63	73,53%	7.805,89	79,44%

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

Pontuação Alcançada: 79,439%



Considerações Finais :