



2 Produto: USO DE SANGUE E COMPONENTES N° | | | | | | | | | | | | | |

Dados do Evento Adverso

3.1 Descreva detalhadamente o evento adverso

3.2 Sinais e sintomas *

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Calafrio	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Taquipnéia
<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Hemoglobinúria	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Cianose de extremidades	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Tremores
<input type="checkbox"/> Cianose labial	<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial	<input type="checkbox"/> Urticária
<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Vômito
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Pápulas	
<input type="checkbox"/> Dor torácica	<input type="checkbox"/> Rouquidão	
<input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmão	<input type="checkbox"/> Soroconversão	

3.3 Evolução/Gravidade * Grau I - leve Grau II - moderado Grau III - grave Grau IV - óbito

3.4 Data da ocorrência do evento* | | | | | | | |

4.1 Nome do estabelecimento de saúde * | 4.2 Número CNES * | | | | | | | |

Dados da Transfusão

5.1 Tipo da transfusão * Alogênica Autóloga

5.2 Indicação da transfusão

5.3 Setor onde ocorreu a transfusão

<input type="checkbox"/> Ambulatório de transfusão	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/> Clínica de diálise	<input type="checkbox"/> Clínica de transplante de medula óssea
<input type="checkbox"/> Clínica gineco-obstétrica	<input type="checkbox"/> Clínica médica	<input type="checkbox"/> Clínica pediátrica	<input type="checkbox"/> Emergência/PS	<input type="checkbox"/> Transfusão domiciliar	<input type="checkbox"/> UTI/CTI

6.1 Data da transfusão* | | | | | | | |

Hemocomponentes relacionados à notificação

6.2 Tipo	6.3 N°	6.4 Qualificação	6.5 ABO/Rh	6.6 Nome da instituição produtora	6.7 CNES instituição Produtora

Tipo de hemocomponente
CH - Concentrado de hemácias ST - Sangue total
CP - Concentrado de plaquetas STR - Sangue total reconstituído
PFC - Plasma fresco congelado Outro: citar
POT - Plasma - outro tipo
CG - Concentrado de granulócitos
CRIO - Crioprecipitado

Qualificações do hemocomponente
1 - Aliquotado 7 - Pool de buffy coats
2 - Com adição de solução preservadora 8 - Pool de randômicas
3 - Desleucocitado à beira do leito 9 - Por aférese
4 - Desleucocitado na bancada 10 - Randômicas
5 - Irradiado 11 - Sem buffy coat
6 - Lavado

Dados do paciente

7.1 Nome completo do paciente *

7.4 Nome completo da mãe do paciente

7.7 Sexo * M - Masculino F - Feminino I - Ignorado

7.8 Raça/Cor Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorada

7.9 Ocupação

7.10 Data de nascimento * | | | | | | | |

7.11 (ou) idade na data do evento * D - dias M - meses A - anos

7.12 N° prontuário * | 7.13 N° cartão SUS

Tipo de Reação

8 Tipo de Reação * Imediata Tardia

8.1 Reações imediatas *

<input type="checkbox"/> Febril não hemolítica	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar não cardiogênico/TRALI
<input type="checkbox"/> Alérgica	<input type="checkbox"/> Hemolítica aguda não imune
<input type="checkbox"/> Anafilática	<input type="checkbox"/> Hipotensiva
<input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana	<input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica
<input type="checkbox"/> Hemolítica aguda imunológica	<input type="checkbox"/> Outras reações imediatas

8.2 (ou) Reações tardias *

<input type="checkbox"/> Doença transmissível
<input type="checkbox"/> Doença do enxerto contra hospedeiro/GVHD
<input type="checkbox"/> Hemolítica tardia
<input type="checkbox"/> Aparecimento de anticorpos irregulares/Isoimunização
<input type="checkbox"/> Outras reações tardias

8.1.4	Contaminação Bacteriana			
8.1.4.1	Correlação com a transfusão * <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Descartada <input type="checkbox"/> Inconclusiva			
8.1.4.2	Hemocomponentes envolvidos na reação, se a correlação for confirmada *			
	N°	Tipo	Agente infeccioso isolado na bolsa	Agente infeccioso isolado no paciente
8.1.5	Hemolítica Aguda Imunológica			
Exames imunoematológicos - Paciente		8.1.5.3 Exames imunoematológicos-hemocomponentes envolvidos no evento adverso		
8.1.5.1	ABO/Rh pré-transfusionais *	N°	Tipo	ABO/Rh pré-transfusionais
8.1.5.2	ABO/Rh pós-transfusionais *			

8.2.1	Doença Transmissível			
8.2.1.1	Correlação com a transfusão * <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Descartada <input type="checkbox"/> Inconclusiva			
8.2.1.2	Hemocomponentes envolvidos na reação, se a correlação for confirmada *			Recomenda-se que a investigação seja realizada de acordo com o Manual Técnico para Investigação da Transmissão de Doenças pelo Sangue
	N°	Tipo	Agente infeccioso detectado	
8.2.3	Hemolítica Tardia			
Exames imunoematológicos - Paciente *				
8.2.3.1	Pesquisa de anticorpos irregulares <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.3.2	(ou) Antiglobulina direta / Coombs direto <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.3.3	Identificação do anticorpo no paciente		8.2.3.4 Identificação do antígeno na bolsa	
8.2.4	Aparecimento de Anticorpos Irregulares / Isoimunização			
Exames imunoematológicos - Paciente				
8.2.4.1	Pesquisa de anticorpos irregulares pré-transfusional * <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.4.2	Pesquisa de anticorpos irregulares pós-transfusional * <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.4.3	(ou) Antiglobulina direta / Coombs direto pré-transfusional <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.4.4	(ou) Antiglobulina direta / Coombs direto pós-transfusional <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Ignorado			
8.2.4.5	Identificação do anticorpo no paciente		8.2.4.6 Identificação do antígeno na bolsa	

Observações e conclusões do responsável pela Hemovigilância

Local e data

Assinatura do responsável pela Hemovigilância

Orientações gerais:

* Campos obrigatórios;

Somente os casos de contaminação bacteriana e de doenças transmissíveis deverão ser notificados quando suspeitos;

A notificação ao NOTIVISA não dispensa outras formas de comunicação entre serviços de saúde e vigilância sanitária competente;

No caso de identificação de reações classificadas como "Outras", utilizar o campo 3.1 e "Obs" para descrição detalhada do caso;

Casos de reação adversa ou queixa técnica referentes a hemoderivados deverão ser notificados à Farmacovigilância.