

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"/> Soroc conversão				
	3.3 Evolução/Gravidade *		3.4 Data da ocorrência do evento*		
<input type="checkbox"/> Grau I - leve <input type="checkbox"/> Grau II - moderado <input type="checkbox"/> Grau III - grave <input type="checkbox"/> Grau IV - óbito					
4.1 Nome do estabelecimento de saúde *			4.2 Número CNES *		
Dados da Transfusão	5.1 Tipo da transfusão *		5.2 Indicação da transfusão		
	<input type="checkbox"/> Alogênica <input type="checkbox"/> Autóloga				
	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"/> UT/CTI				
	Hemocomponentes relacionados à notificação			6.1 Data da transfusão*	
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		Qualificações do 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		1 - Aliquotado 2 - Com adição de solução preservadora 3 - Desleucocitado à beira do leito 4 - Desleucocitado na bancada 5 - Irradiado 6 - Lavado 7 - Pool de buffy coats 8 - Pool de randômicas 9 - Por aférese 10 - Randômicas 11 - Sem buffy coat			
7.1 Nome completo do paciente *					
7.4 Nome completo da mãe do paciente					
7.7 Sexo *		7.8 Raça/Cor		7.9 Ocupação	
<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada			
7.10 Data de nascimento *		7.11 (ou) idade na data do evento *		7.12 N° prontuário *	
		<input type="checkbox"/> D - dias <input type="checkbox"/> M - meses <input type="checkbox"/> A - anos			
7.13 N° cartão SUS					
Tipo de Reação	8 Tipo de Reação *		8.1 Reações imediatas *		8.2 (ou) Reações tardias *
	<input type="checkbox"/> Imediata <input type="checkbox"/> Tardia		<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		<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

Investigação - Reações Imediatas	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
Investigação - Reações Tardias	8.1.5 Hemolítica Aguda Imunológica			
	Exames imunopatológicos - Paciente		8.1.5.3 Exames imunopatológicos-hemocomponentes envolvidos no evento adverso	
	8.1.5.1 ABO/Rh pré-transfusionais *	N°	Tipo	ABO/Rh pós-transfusionais
	8.1.5.2 ABO/Rh pós-transfusionais *			
Investigação - Reações Tardias	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 imunopatológicos - 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 imunopatológicos - 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		
Obs.	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.				