



**Hospital**  
Vila Franca de Xira



# Que requisitos para prestar um serviço de qualidade?

## Serviço de Imuno-hemoterapia

02-10-2019

Diretora do Serviço: Dra. Dina Pereira

Dinamizadora da qualidade e segurança do doente: TSDT Margarete Cardoso



## CONTEXTO



Apresentação realizada no âmbito da reunião dos dinamizadores da qualidade e segurança do doente e direções dos serviços certificados pela ISO 9001:2015.

Teve como objetivo dar a conhecer as atividades dos vários serviços, as suas equipas, o seu funcionamento e os vários obstáculos à atividade, como forma de sensibilizar os serviços clínicos para a correta prescrição.

Desta reunião participaram os Serviços de Imuno-hemoterapia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Esterilização e Imagiologia.

A apresentação do Serviço de Imuno-hemoterapia foi da autoria da dinamizadora para a qualidade e segurança do doente – Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica Margarete Cardoso.



## AGENDA



- Definição: Serviço de Sangue, Serviço de Medicina Transfusional e Serviço de Imuno-hemoterapia
- Missão do Serviço de Imuno-hemoterapia
- Controlos a que está sujeito
- Localização e horário
- Equipa
- Principais atividades
- Obstáculos à atividade: Preenchimento dos documentos – *Confirmação de Administração de Componentes Sanguíneos | Requisição de Componentes Sanguíneos*

ACRED



## Serviço de Imuno-hemoterapia | DEFINIÇÃO



**Decreto-Lei nº 185/2015 de 2 de setembro define:**

**SERVIÇO DE SANGUE** - *Estrutura ou organismo responsável pela colheita e análise de sangue humano ou de componentes sanguíneos, qualquer que seja a sua finalidade, bem como seu processamento, armazenamento e distribuição quando se destinam à transfusão*

**SERVIÇO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL** – *Unidades hospitalares que armazenam, distribuem e disponibilizam sangue e seus componentes, efetuam testes de compatibilidade para utilização exclusiva do hospital e podem incluir outras atividades de transfusão com suporte hospitalar*

EU  
ACRED



# Serviço de Imuno-hemoterapia | Missão



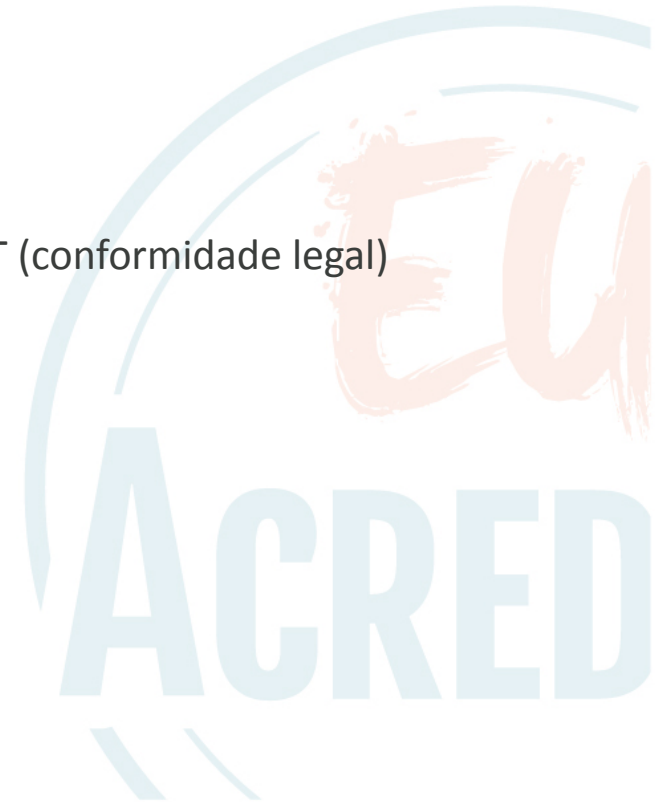
## Missão

Assegurar a prestação de cuidados de saúde adequados, eficazes e eficientes

Transfundir com elevada segurança e qualidade procurando responder às necessidades dos utentes

## Sujeito a:

- Inspeções de autorização de atividade pela DGS e pelo IPST (conformidade legal)
- Auditorias regulares ISO 9001
- JCI – Acreditação (HVFX)
- Cumprimento contratual (HVFX)





# Serviço de Imuno-hemoterapia | LOCALIZAÇÃO E HORÁRIO



## Localização

- Piso 4

### Consulta externa

- 2ª, 4ª e 6ª-feiras, das 8:30 às 12:30 no atendimento a doadores de sangue
- 3ª e 5ª-feiras, das 9:00 às 17:00 no atendimento a doentes
- 4ª-feiras, das 14:30 às 17:00 no atendimento a doentes

### Hospital de Dia

- 3ª e 5ª-feiras, das 9:00 às 17:00

### Urgência transfusional

- Funciona todos os dias 24 horas por dia





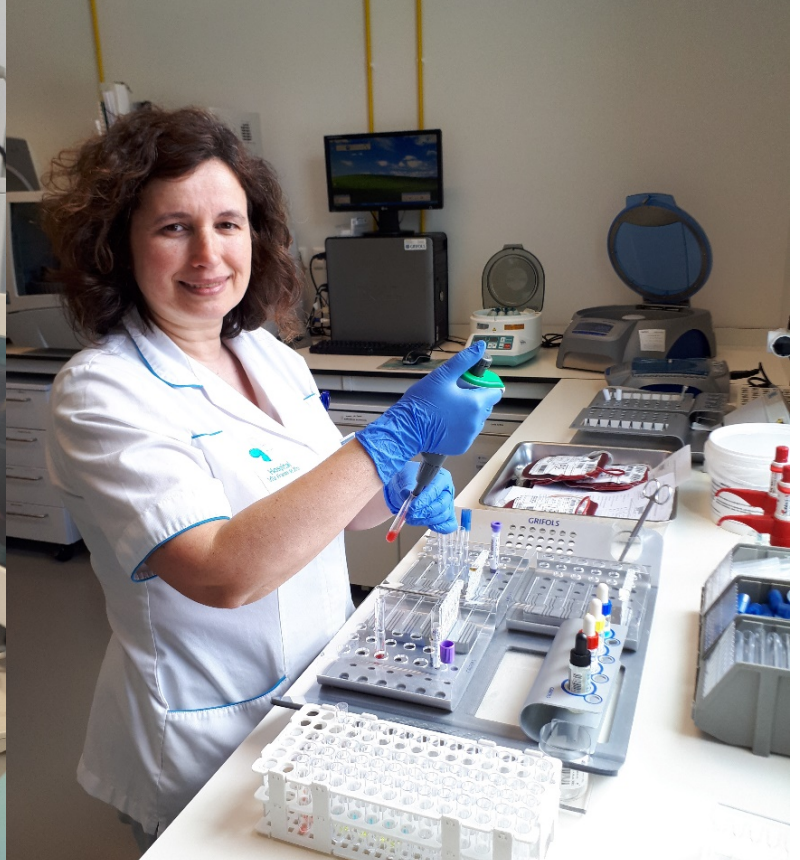
## Serviço de Imuno-hemoterapia | EQUIPA



### Equipa

- 9 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica  
(7 a tempo completo e 2 a meio horário)
- 3 Médicos  
(2 a tempo completo e 1 a meio horário desde maio 2019)
- 1 Assistente Técnica
- 1 Assistente Operacional

ACRED





# Serviço de Imuno-hemoterapia | PRINCIPAIS ATIVIDADES



- Colheita de sangue a dadores de sangue total (homólogos e autólogos)
- Tratamento das reações adversas (dadores) e respetiva notificação
- Processamento das unidades
- Validação do sangue para transfusão
- Preparação de componentes do sangue (seleção da unidade e realização de estudos)
- Colheita de sangue a doentes da consulta externa (todas as valências)
- Consultas de Imuno-hemoterapia
- Aplicação de terapêuticas e procedimentos de Hospital de Dia Imuno-hemoterapia
- Realização de análises de diagnóstico e rastreio

- Controlo da qualidade aos componentes do sangue
- Controlo da qualidade interno (hematologia, imuno-hematologia e serologia doenças transmissíveis)
- Controlo da qualidade externo (hematologia e serologia)
- Verificação e validação dos consentimentos esclarecidos para a dádiva de sangue
- Verificação e validação das folhas de sessão do hospital de dia de imuno-hemoterapia


## Confirmação de administração de componentes sanguíneos:

### A folha de registo

- confirma a administração da unidade\*
- evidencia a monitorização dos doentes
- deve ser devolvida após transfusão


### O Serviço de Sangue verifica as folhas de registo

- preenchimento da respetiva folha
- entrada no Serviço de Sangue
- anexação ao processo clínico do doente



Serviço de Imuno-hemoterapia  
Hospital Vila Franca de Xira

Folha de Registo da Confirmação de Administração de  
Componentes Sanguíneos



Receptor: _____		Dt. Nasc.: _____		Num. SIBAS: _____	
Grupo: _____	Fenotipo: _____	Requisição: _____		Serviço: _____	
Envio para: _____					

	Data	Hora Saída SIH	Num Mecan./Tec.
	Recepção Serviço		Receptor:

Componente	Nº. Componente	Grupo
_____	_____	_____

**Administração do componente**

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Hora</th> <th>Assinatura Enfermeiro(a) / Num. Mecan.</th> </tr> <tr> <td>Início da Transfusão: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fim da Transfusão: _____</td> <td></td> </tr> </table>	Hora	Assinatura Enfermeiro(a) / Num. Mecan.	Início da Transfusão: _____		Fim da Transfusão: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Registo Sinais Vitais</th> </tr> <tr> <th>Antes</th> <th>Durante</th> <th>Após</th> </tr> <tr> <td>T. Corporal: _____ °C</td> <td>T. Corporal: _____ °C</td> <td>T. Corporal: _____ °C</td> </tr> <tr> <td>T.A.: _____ mm Hg</td> <td>T.A.: _____ mm Hg</td> <td>T.A.: _____ mm Hg</td> </tr> <tr> <td>Pulso: _____ ppm</td> <td>Pulso: _____ ppm</td> <td>Pulso: _____ ppm</td> </tr> </table>	Registo Sinais Vitais			Antes	Durante	Após	T. Corporal: _____ °C	T. Corporal: _____ °C	T. Corporal: _____ °C	T.A.: _____ mm Hg	T.A.: _____ mm Hg	T.A.: _____ mm Hg	Pulso: _____ ppm	Pulso: _____ ppm	Pulso: _____ ppm
Hora	Assinatura Enfermeiro(a) / Num. Mecan.																					
Início da Transfusão: _____																						
Fim da Transfusão: _____																						
Registo Sinais Vitais																						
Antes	Durante	Após																				
T. Corporal: _____ °C	T. Corporal: _____ °C	T. Corporal: _____ °C																				
T.A.: _____ mm Hg	T.A.: _____ mm Hg	T.A.: _____ mm Hg																				
Pulso: _____ ppm	Pulso: _____ ppm	Pulso: _____ ppm																				

**Acções de Enfermagem (Assinale com um 'V', o que efectuou)**

**Foram efectuadas as acções de Enfermagem necessárias para a boa prática transfusional**

- Quando recebi o componente sanguíneo verifiquei que está correctamente identificado: Identificação do doente e do componente
- Avaliei e registei os sinais vitais antes/durante e após administração do componente
- Vigiei o doente, principalmente nos 15' iniciais (Início lento)
- Peeli ao doente (se consciente) para que comunicasse algum sintoma que surgisse
- Não misturei qualquer medicação no sistema de transfusão (no mesmo acesso venoso)
- Em caso de reacção efetuei a notificação inicial de reacção
- Preenchi a notificação inicial de reacção transfusional que enviei ao SIH acompanhada de uma amostra de sangue do doente
- Não houve reacção

**Se ocorrer algum sinal ou sintoma associado à transfusão:**

- Parar de imediato a transfusão e manter acesso venoso com soro fisiológico simples;
- Dar conhecimento ao Médico de Serviço e ao Médico de serviço do SIH

As unidades não administradas devem ser prontamente devolvidas ao SIH mantendo este impresso anexo, justificando a devolução.

**Registo de Observações:**

\* A unidade certa no doente certo

## Confirmação de administração de componentes sanguíneos:

### Constatações

- Taxa de conformidade (2018): 60%
- Maior número de erros *Identificação do serviço recetor* (1795 erros)
  - ✗ Receção do serviço recetor (hora): 613
  - ✗ Receção do serviço recetor (nome do profissional): 714
  - ✗ Dupla verificação dos dados: 140
  - ✗ Temperatura de chegada ao serviço recetor: 328

### Impacto

- ! O registo e a monitorização da transfusão são **requisitos definidos na Lei**
- ! A sua ausência ou preenchimento incompleto pode resultar em **coimas** para o Hospital ou em **indemnizações** aos doentes decorrentes de processos legais

## Requisição de componentes sanguíneos:

### Principais falhas detetadas

- Identificação dos profissionais
  - ✗ Sem identificação
  - ✗ Nome ilegível
- Tipo de componentes sanguíneos
  - ✗ Componente não selecionado
  - ✗ Quantidade não selecionada
  - ✗ Indicação simultânea de tipagem e reserva

### Impacto

- ! **Atraso** na preparação de componentes
- ! **Atraso** no fornecimento de componentes
- ! **Perda de tempo** por parte dos profissionais

**REQUISIÇÃO DE COMPONENTES SANGÜÍNEOS**

Processo: HVFX

Nome Doente:

Data Nascimento:

Episódio:

Serviço:

**DIAGNÓSTICO E MOTIVO DA TRANSFUÇÃO**

Diagnóstico / Motivo:

Terapêutica em curso:  Peso (aprox.):

Transfusões anteriores:  Sim  Não  Desconhece Reações transfusionais:  SI  Não  Desconhece

Ventilação assistida:  Isquemia miocárdio:  Insuficiência cardíaca:  Insuficiência renal:

COMPONENTE	Número	Volume	CARACTERÍSTICAS DA TRANSFUÇÃO
Concentrado Eritrocitário	<input type="text"/>	<input type="text"/> ml	EMERGENTE (reservado para casos de exceção não garante a compatibilidade antígenica entre o sangue a ASS. (se Emergente) <input type="checkbox"/>
Plasma Fresco Congelado	<input type="text"/>	<input type="text"/> ml	
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/> ml	Urgente (até 1h) <input type="checkbox"/>
Crioprecipitado	<input type="text"/>	<input type="text"/> ml	Logo que possível (Máx. 6h) <input type="checkbox"/>
Serviço para Envio			Programada Data: <input type="text"/> hora: <input type="text"/> <input type="checkbox"/>

CONCENTRADO ERITRÓCITOS (CE)	PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) CRIOPRECIPITADO (CRIO)	CONCENTRADO PLAQUETAS (CP)
Anemia sintomática: <input type="checkbox"/>	Reposição de fatores de coagulação	Hemorragia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hemoglobina: <input type="text"/> g/dl	Hemorragia ativa: <input type="checkbox"/>	Tipo de hemorragia: <input type="text"/>
SHOCK: <input type="checkbox"/>	Tipo de hemorragia: <input type="text"/>	
Hemorragia ativa: <input type="checkbox"/>	Motivo: <input type="text"/>	
Pré-Op. <input type="checkbox"/> IntraOp. <input type="checkbox"/>		Profilaxia: <input type="checkbox"/>
Tipo de Cirurgia: <input type="text"/>	Valores laboratoriais	Nº de plaquetas: <input type="text"/> X 10 <sup>9</sup> /L
	INR: <input type="text"/> aPTT: <input type="text"/> seg. Fibrinogénio: <input type="text"/> mg/dL	

O Médico	Amostra colhida por:
Nome legível: <input type="text"/>	Nome legível: <input type="text"/>
Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/>
Número Ordem dos Médicos: <input type="text"/>	Número Mecanográfico: <input type="text"/>
Assinatura: <input type="text"/>	Verificado Por: <input type="text"/>
	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/>
	Número Mecanográfico: <input type="text"/>