 F U N D A Ç Ã O Hemocentro D E B R A S Í L I A	Comitês Transfusionais Hospitalares	
	Código: POP Gvig 002	Data de emissão: 03/08/2021
	Revisão: 1	Data da aprovação: 30/12/2022

1.0 Objetivo

Uniformizar os procedimentos para o funcionamento e a atuação dos Comitês Transfusionais na Hemorrede Pública do DF, coordenada tecnicamente pela Fundação Hemocentro de Brasília.

2.0 Aplicabilidade

Agências Transfusionais da Hemorrede Pública do DF
Comitês Transfusionais dos hospitais
Diretoria da Hemorrede
Gerência de Hemovigilância
Gerência de Suporte às Agências Transfusionais
Unidade Técnica


3.0 Responsabilidades

3.1 Comitê Transfusional: revisar, sistematicamente, a atividade hemoterápica na instituição; atuar de forma educativa para melhoria da prática transfusional no hospital; monitorar a prescrição e a transfusão de hemocomponentes, de modo a racionalizar seu uso, bem como garantir a segurança do ato transfusional, o aperfeiçoamento da prática hemoterápica e o cumprimento das normativas; viabilizar a interface das atividades da Agência Transfusional com os demais setores do hospital.

3.2 Responsável Técnico: providenciar, junto à diretoria do hospital, designação dos membros, incluindo, obrigatoriamente, um supervisor da FHB e, sempre que necessário, a atualização da composição do Comitê Transfusional; encaminhar ao Comitê casos para avaliação e tratativas; apresentar ao Comitê o Relatório de Hemovigilância da instituição, produzido quadrimestralmente pela Gvig, para discussão e tratativas; acompanhar a atuação do Comitê Transfusional do hospital; encaminhar à Gvig, por meio de processo SEI/AT/ano, cópias das Planilhas de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais preenchidas nas reuniões e cópias de todas as atas das reuniões realizadas, mantendo versões desses documentos arquivadas nas AT.

3.3 Presidente do Comitê Transfusional: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê; representar o Comitê em suas relações internas e externas; convocar os membros do Comitê e presidir as reuniões; tomar parte nas discussões; indicar, dentre os membros do Comitê, os responsáveis para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários para conclusão dos casos; avaliar e validar os comunicados referentes à substituição dos membros titulares.

3.4 Membros do Comitê Transfusional: comparecer ou indicar um substituto, caso não possa comparecer às reuniões; emitir pareceres; desempenhar atribuições que lhes forem conferidas pelo presidente; divulgar nos setores do hospital as decisões do Comitê; fazer cumprir as normas, protocolos e orientações transfusionais e hemoterápicas discutidas nas reuniões do Comitê, bem como levar ao conhecimento do Comitê qualquer fato que tenha interferência, importância ou relação com a atividade hemoterápica.

 <p>FUNDAÇÃO Hemocentro DE BRASÍLIA</p>	Comitês Transfusionais Hospitalares	
	Código: POP Gvig 002	Data de emissão: 03/08/2021
	Revisão: 1	Data da aprovação: 30/12/2022

- 3.5 Supervisor FHB:** atuar como vínculo e agente de comunicação entre o Comitê Transfusional e a FHB; atuar no Comitê Transfusional na condição de membro.
- 3.6 Analista da Gerência de Hemovigilância:** viabilizar a capacitação dos membros dos Comitês Transfusionais para execução das atividades relacionadas à prática hemoterápica e à hemovigilância; acompanhar a atuação dos Comitês Transfusionais; remeter aos Comitês casos para avaliação e para tratamento junto às áreas e aos profissionais dos hospitais; receber e analisar as Planilhas de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais e os documentos gerados pelos Comitês; elaborar, anualmente, relatórios das atividades dos Comitês Transfusionais dos hospitais e submetê-los à avaliação da Dihemo.
- 3.7 Diretora da Hemorrede:** acompanhar os encaminhamentos e solicitações da Gvig junto aos Comitês Transfusionais; após avaliação, submeter os relatórios anuais das atividades dos Comitês Transfusionais dos hospitais à Unitec e realizar gestões com vistas à adequação das atividades e do funcionamento dos Comitês Transfusionais.
- 3.8 Chefe da Unidade Técnica:** realizar os encaminhamentos e interface junto aos órgãos externos, envolvidos na atuação e funcionamento dos Comitês Transfusionais e nos procedimentos de hemovigilância.

4.0 Principais Siglas, abreviaturas e definições

4.1 Siglas e abreviaturas

4.1.1 CT - Comitê Transfusional

4.1.2 Notivisa - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária

4.1.3 PAMPT – Planilha de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais


4.2 Definições

4.2.1 Comitê Transfusional: constitui um grupo de profissionais de diferentes especialidades responsável pelo monitoramento contínuo das atividades hemoterápicas e de hemovigilância na instituição de saúde em que atua.

4.2.2 Notivisa: sistema eletrônico utilizado para notificação de eventos adversos, incidentes e quase-erros relativos ao uso de hemocomponentes.

5.0 Recursos, Equipamentos, Sistemas Informatizados

- Sistema informatizado para o Ciclo do Sangue na FHB – SistHemo
- Sistema de notificação em vigilância sanitária – Notivisa
- Sistemas de prontuário eletrônico
- Planilha de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais - PAMPT

 <p>FUNDAÇÃO Hemocentro DE BRASÍLIA</p>	Comitês Transfusionais Hospitalares	
	Código: POP Gvig 002	Data de emissão: 03/08/2021
	Revisão: 1	Data da aprovação: 30/12/2022

6.0 Desenvolvimento

Todo hospital que possua Agência Transfusional, na Hemorrede Pública do DF, deve contar com Comitê Transfusional designado e atuante.

6.1 Composição do Comitê Transfusional

6.1.1 O CT deverá ser constituído por equipe multidisciplinar. Na sua composição, devem estar incluídos representantes dos setores e áreas do hospital que apresentam maiores demandas transfusionais.

6.1.2 Os membros do CT devem ser designados pela direção do hospital.

6.1.3 A composição mínima sugerida para os CT deve incluir:

- Responsável Técnico da AT;
- Supervisor da FHB na AT ou representante da FHB;
- 01 representante médico e de enfermagem de cada setor/unidade do hospital com maior demanda de transfusão, incluindo, obrigatoriamente: unidade cirúrgica, terapia intensiva, urgência/emergência e ginecologia/obstetrícia;
- 01 representante da residência médica, quando houver no hospital;
- 01 representante da residência multidisciplinar/enfermagem, quando houver no hospital;
- 01 representante da enfermagem do hospital;
- 01 representante da administração/diretoria do hospital;
- 01 representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente ou Gerência de Risco do hospital.

NOTA: As unidades de assistência à saúde que demandam transfusões de sangue e não possuem AT, a exemplo das Unidades de Pronto Atendimento – UPA, devem indicar representante para composição e participação nas atividades do CT do serviço de hemoterapia que as assiste.

6.2 Atribuições do CT:


6.2.1 Monitorar a prática hemoterápica visando o uso racional do sangue, a atividade educacional permanente em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica no âmbito da instituição em que atua.

6.2.2 Registrar, investigar e tratar as não conformidades relacionadas ao procedimento transfusional e à hemovigilância. Propor e acompanhar a implementação de ações corretivas aplicáveis.

6.2.3 Investigar e monitorar as reações transfusionais ocorridas, zelando pela assistência adequada e pela notificação no Notivisa.

6.2.4 Avaliar todas as ocorrências de incidentes e quase erros relacionados ao procedimento transfusional, zelando, nos casos aplicáveis, pela notificação no Notivisa.

6.2.5 Avaliar, trimestralmente, 1% ou 5 Requisições Transfusionais (o que for maior) do total de transfusões realizadas pela AT no período e registrar na Planilha de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais - PAMPT. Encaminhar uma cópia da PAMPT

 <p>FUNDAÇÃO Hemocentro DE BRASÍLIA</p>	Comitês Transfusionais Hospitalares	
	Código: POP Gvig 002	Data de emissão: 03/08/2021
	Revisão: 1	Data da aprovação: 30/12/2022

para Gvig, em processo SEI/AT/ano, gerado pela Gvig para o registro das atividades do CT. Manter a PAMPT original na AT.

6.2.6 Realizar reuniões periódicas a fim de apresentar e discutir casos e problemas relacionados ao procedimento transfusional. As atas das reuniões devem constar no mesmo processo SEI/AT/ano referenciado no item 6.2.5.

6.2.7 Convocar, quando necessário, qualquer servidor envolvido no procedimento transfusional, para esclarecimentos ao CT e orientações acerca de fatos relacionados à transfusão.

6.2.8 Convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

6.2.9 Implementar e monitorar indicadores e estatísticas relacionados à prática transfusional na instituição.

6.3 Reuniões:

6.3.1 As reuniões ordinárias deverão ser realizadas, no mínimo, a cada 3 (três) meses, totalizando 4 (quatro) reuniões por ano. Já as reuniões extraordinárias deverão ser convocadas pelo Presidente sempre que necessário.

6.3.2 Sugere-se que os membros sejam convocados formalmente para as reuniões ordinárias, com antecedência mínima de 07 (sete) dias úteis e para as reuniões extraordinárias com antecedência de 01 (um) dia útil.

6.3.3 Deve ser enviada junto à convocação, a pauta da reunião.

6.3.4 Todas as reuniões deverão ser registradas em ata, com assinatura dos participantes.


6.3.5 As faltas às reuniões deverão ser justificadas formalmente, devendo ser informadas com antecedência, sempre que possível.

6.3.6 Os membros, quando impossibilitados de comparecer às reuniões, poderão designar outro servidor da mesma área/setor do hospital como substituto.

6.3.7 As regras, orientações e diretrizes específicas que venham a regular o funcionamento dos Comitês Transfusionais hospitalares deverão estar previstas em regimento interno de cada Comitê na respectiva instituição.

7.0 Riscos e Controles

Riscos	Controles
1. Ausência de designação dos membros e atualização da composição do CT do hospital.	1. Monitoramento anual, por meio do registro em processo SEI/ano, da publicação atualizada da composição do CT do hospital junto aos hospitais da Rede SES.
2. Erro no preenchimento da Planilha de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais - PAMPT.	1. Monitoramento trimestral, por meio do registro em processo SEI/ano, da PAMPT.
3. Ausência de evidências de atuação do CT do hospital.	1. Produção e envio anual à Dihemo e à Unitec (com vistas à Vigilância Sanitária do

	Comitês Transfusionais Hospitalares	
	Código: POP Gvig 002	Data de emissão: 03/08/2021
	Revisão: 1	Data da aprovação: 30/12/2022

	DF) de relatório das atividades dos CT dos hospitais da Rede SES.
--	---

8.0 Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 34 de 11 de junho de 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2015. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 anexo - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2015. Guia para uso de Hemocomponentes.

9.0 Formulários

Não se aplica.

10.0 Anexos

PAMPT - Planilha de Avaliação e Monitoramento das Práticas Transfusionais.

11.0 Histórico de Atualização

Revisão Nº	Histórico de Atualização	Elaborador	Aprovador	Data
00	- Documento novo em substituição ao POP ASHEMO/AT 010, versão 0.3.	Camila Carvalho Paula Luiza Leitão Renata V. Lopes Vivianne Machado	Alexandre Nonino Bárbara Berçot	19/10/2021
1	- Atualização anual obrigatória, com exclusão do subitem 3.4 que constava na Revisão 00. - Atualização da estrutura administrativa da FHB, conforme Decreto 43.404 de 03/06/2022.	Camila Carvalho	Marcelo Jorge Carneiro Bárbara Berçot	Conforme cabeçalho