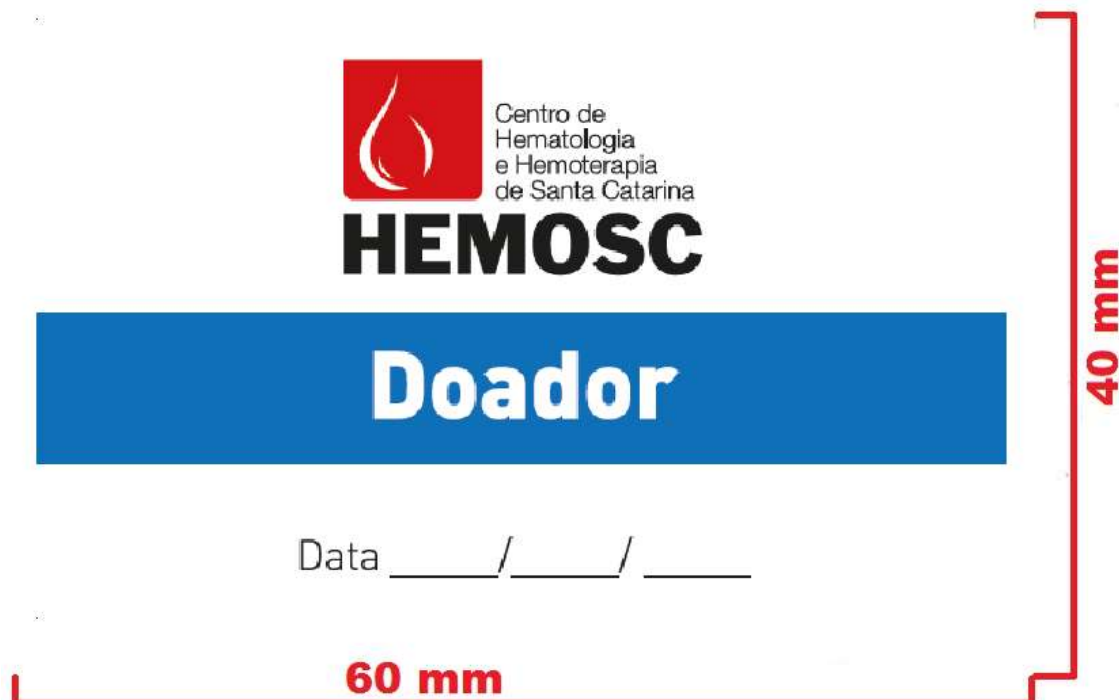


ANEXO II – Modelos

CEPON – HEMOSC - FAHECE

Item 01 – Adesivo Doador – cód.416



Centro de
Hematologia
e Hemoterapia
de Santa Catarina

HEMOSC

Doador

Data ____ / ____ / ____

60 mm

40 mm

Item 02 – Adesivo Doador por Aférese – cód.5669



Centro de
Hematologia
e Hemoterapia
de Santa Catarina

HEMOSC


Doador por Aférese

Data ____ / ____ / ____

60 mm

40 mm


Item 03 – Adesivo resíduo químico grupo B – cód.8926

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE CNPJ/MF Nº 86.897.113/0001-57	
CEPON CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS	
SETOR GERADOR:	
TIPO DE RESÍDUO: GRUPO B	
FONE/RAMAL:	
RESPONSÁVEL:	

140 mm

100 mm

Item 04 – Adesivo resíduo químico Grupo E – cód.8928

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE CNPJ/MF Nº 86.897.113/0001-57	
CEPON CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS	
SETOR GERADOR:	
TIPO DE RESÍDUO: QUIMIOTERÁPICOS - RSS GRUPO E	
FONE/RAMAL:	
RESPONSÁVEL:	

140 mm

100 mm

Item 05 – Adesivo Tubo de Amostra – cód.4557

<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Dia Nascimento: ___/___/___ Coletador: _____</p> <p>Dia Coleta: ___/___/___ Hora Coleta: ____:____</p>	25 mm
65 mm	

Item 06 – Adesivo Visitante – cód.417

 <p>Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina</p> <p>HEMOSC</p> <p>Visitante</p> <p>Data ___/___/___</p>	40 mm
60 mm	


Item 07 - Aviso de Saída – cód.388

 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON		
AVISO DE SAÍDA		
UNIDADE		
PACIENTE		
QUARTO/LEITO	Nº DO REGISTRO	DATA
OCORRÊNCIA		
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> ÓBITO
TRANSFERÊNCIA		
PARA QUARTO/LEITO	HOSPITAL	
ÓBITO		
ASSINADO POR	NECROPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
PODERÁ SAIR ÀS <input type="checkbox"/> COM FAMILIAR		HORAS DO DIA <input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL
AUTORIZADOR DA SAÍDA		RESPONSÁVEL
OBSERVAÇÕES		
CÓD. 388		

135 mm

160 mm

Item 08 – CAP 017 - Folder de Avaliação de Atendimento do Hemosc – cód.507



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

DOADORES E PACIENTES

O HEMOSC tem muito interesse em saber a sua opinião. Avalie seu nível de satisfação com relação aos ambientes e ao atendimento prestado:

() muito satisfeito
 () satisfeito
 () pouco satisfeito
 () insatisfeito

Sinta-se à vontade para elogiar, sugerir ou apontar falhas.

Se desejar receber um retorno, é necessário preencher com letra legível o quadro abaixo:

Nome: _____




Fone: _____

E-mail: _____

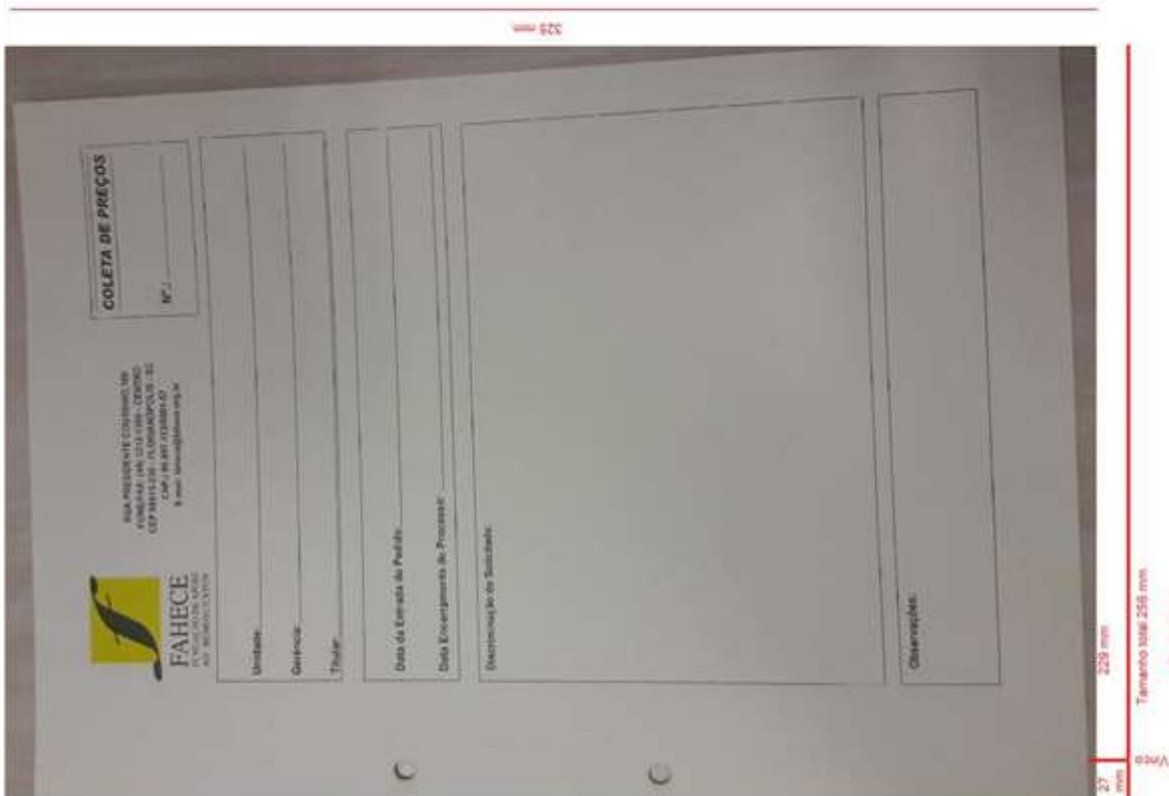
Data: ___/___/_____ Período: () manhã () tarde

Sua participação torna o HEMOSC cada vez melhor.

Você também pode acessar o nosso site e manifestar a sua opinião: www.hemosc.org.br/fale-conosco

Item 09 – Capa e Contracapa para coleta de preço FAHECE – cód.1556



Item 10 – Cartão de Agendamento por Aférese – cód.1622

FRENTE		VERSO	
 Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina HEMOSC AGENDAMENTO POR AFÉRESE		Data	Horário
Hemocentro _____ Nome _____		Florianópolis (48) 3251-9730 e 3251-9722 Joinville (47) 3481-7400 Criciúma (48) 3433-2977 - ramal 206 Blumenau (47) 3222-9801 Chapecó (49) 3700-6411	
Data	Horário		
		85 mm	
		55 mm	

Item 11 – Cartão amarelo paciente UTI – cód.10046

HOSPITAL DO CEPON UTI	
ENF.:	
90 mm	
65 mm	

Item 13 - Cartão de Identificação – cód. 392

210 mm

SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA - QT			
DATA	HORA	DATA	HORA

INFORMAÇÕES ÚTEIS

- * Fones para marcação de consultas:
(48) 3331-1448 / 3331-1439
- * Agendamento Quimioterapia: (48) 3331-1511
- * Radioterapia: (48) 3331-1580 / (48) 3331-1574 / (48) 3331-1575
- * Fone Telefonista: (48) 3331-1400 / (48) 3331-1500



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Sua opinião é muito importante para nós.
Procure o formulário de avaliação do cliente externo.
Solicite nas recepções ou nos serviços onde for atendido.



FRENTE

* Ouvidoria: (48) 3331-1571

**ENDEREÇO DO CEPON
COMPLEXO ONCOLÓGICO**

Rodovia Admar Gonzaga, nº 655 - Itacorubi
Florianópolis - SC
CEP - 88034-000

OBSERVAÇÕES

- *Este cartão é válido para atendimento no CEPON.
- *Para ser atendido é indispensável a apresentação do mesmo.
- *O paciente só será atendido no dia marcado.
- *A sua ausência deverá ser avisada com antecedência mínima de 48 horas para possibilitar o remanejamento da vaga para outro paciente.
- *A perda deste cartão implicará em prejuízo para atendimento na Unidade.
- *Atendimento de acordo com o turno do agendamento.
Matutino: a partir das 8h.
Vespertino: a partir das 13h.

297 mm


MARCAÇÃO DE CONSULTAS			
DATA-DIAMES	HORA	NOME DO PROFISSIONAL	RUB.

DATA - DIAMES	HORA	NOME DO PROFISSIONAL	RUB.

DATA - DIAMES	HORA	NOME DO PROFISSIONAL	RUB.

VERSO

Item 14 – Cartão de Retorno – cód.419

<p>FRENTE</p> <div style="margin-bottom: 20px;">  <p>FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA</p> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-bottom: 20px;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>Somente será atendido o cliente, mediante a apresentação deste cartão.</p> </div>	<p>VERSO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">DATA</th> <th style="width: 10%;">HORA</th> <th style="width: 50%;">ESPECIALIDADE</th> <th style="width: 30%;">MÉDICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	DATA	HORA	ESPECIALIDADE	MÉDICO																																																																																																																								
DATA	HORA	ESPECIALIDADE	MÉDICO																																																																																																																										

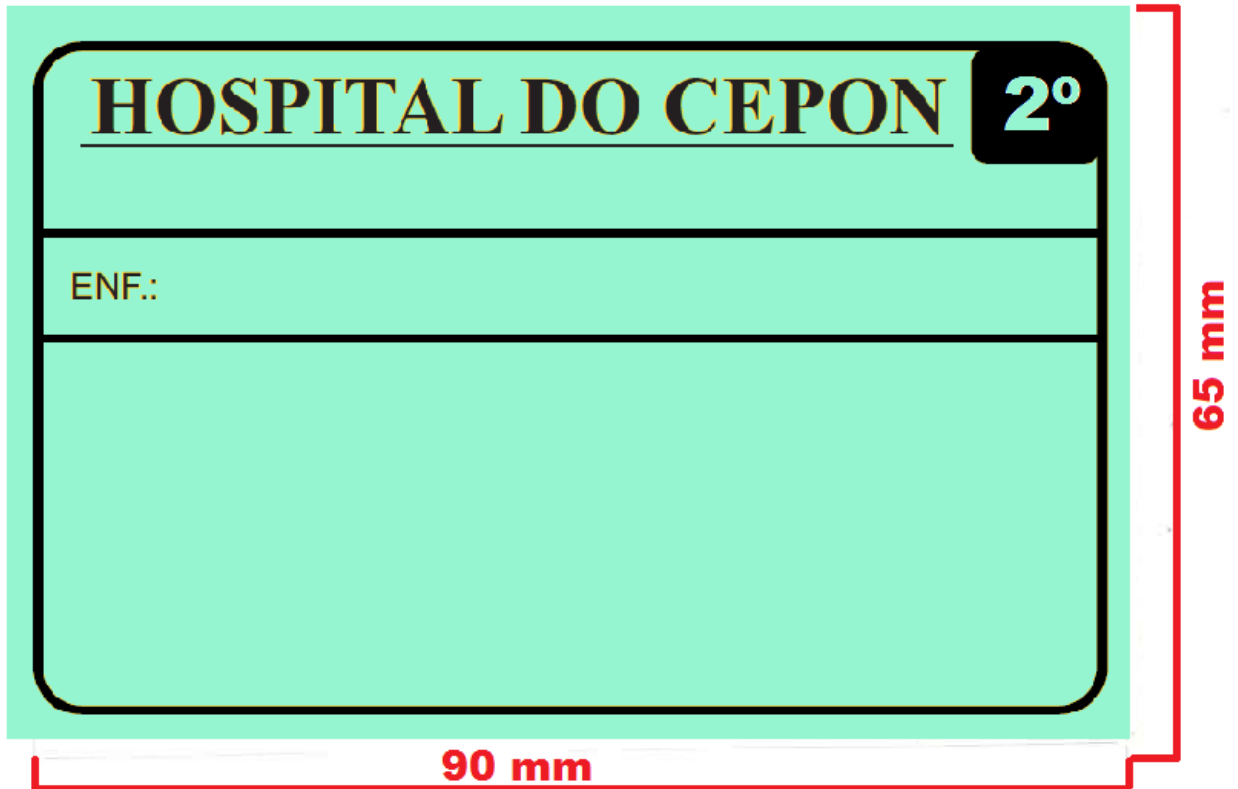
Item 15 – Cartão de paciente do serviço de Dietoterapia 1º andar – azul – cód. 9565

HOSPITAL DO CEPON

1º

ENF.:

Item 16 – Cartão de paciente do serviço de dietoterapia 2º andar – verde- cód. 9566



HOSPITAL DO CEPON **2º**

ENF.:

90 mm

65 mm

Item 17 – Cartão Resultado SAD – cód.418



 Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC

HEMOSC

CARTÃO DE RESULTADO - SAD

CÓDIGO P.F. _____

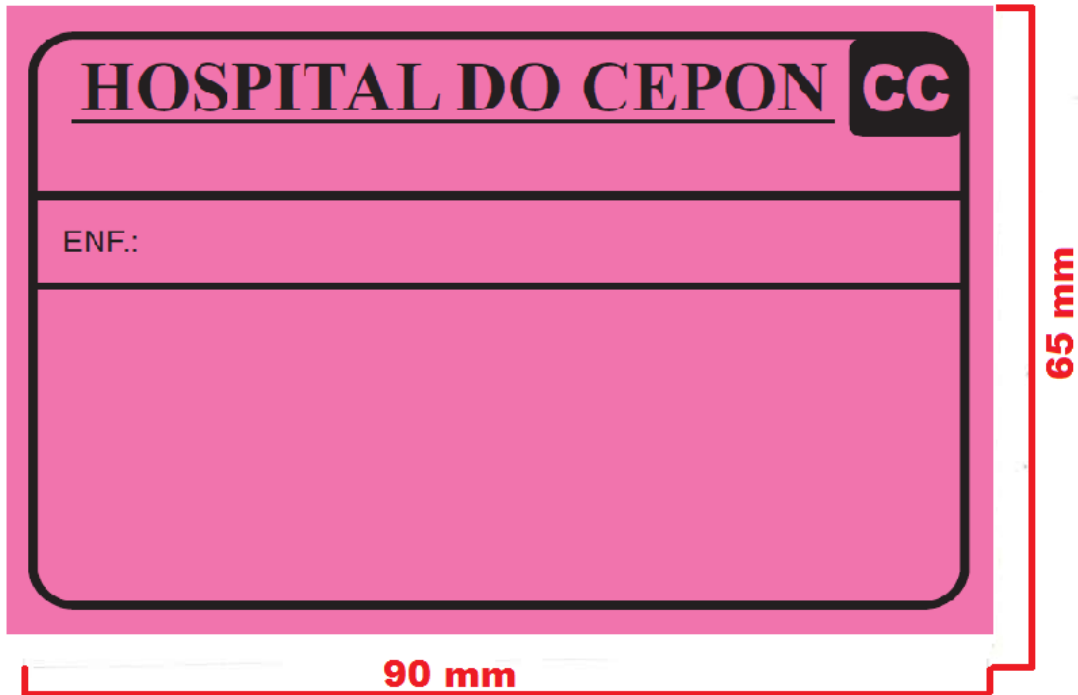
NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

100 mm

70 mm

18 – Cartão rosa paciente Clínica Cirúrgica – cód.10047



Item 19 – Carteira Doador – cód.3687



Item 20 – Carteira de Protocolo de Doação – cód. 421



The diagram shows a vertical form with a width of 10 cm and a height of 14 cm. The top section is labeled 'FRENTE' and contains the title 'Protocolo de doação', the HEMOSC logo, and a large empty rectangular box. Below the box, it states: 'A cada doação é obrigatório apresentar Carteira de Identidade ou outro documento oficial com foto.' The bottom section is labeled 'VERSO' and contains the text: 'QUALQUER DÚVIDA, ENTRE EM CONTATO CONOSCO' and a list of phone numbers for HEMOCENTROS in various cities.


TELEFONES DOS HEMOCENTROS	
Florianópolis	(48) 3251 9712
Lages	(49) 3289 7011
Joaçaba	(49) 3527 2219
Criciúma	(48) 3444 7414
Chapecó	(49) 3700 6401
Joinville	(47) 3481 7400
Blumenau	(47) 3222 9800
Tubarão	(48) 3626 7383
Jaraguá do Sul	(47) 3055 0454

Item 21 – Declaração de Comparecimento de Doação por Aférese- cód. 3540




The diagram shows a vertical form with a width of 150 mm and a height of 210 mm. The top section is labeled 'FRENTE' and contains a header with the HEMOSC logo, the title 'Declaração de Comparecimento', and a date '1998-03-13-35'. Below the header is a form with several sections: 'Declaro para os devidos fins, que (a) (s):', 'Comparecimento a este Hemocentro de _____ horas, Elemento de _____', 'Motivo', and two checkboxes for 'Doar hemocomponentes (plasma ou hemácias) por aférese voluntariamente' and 'Doar hemocomponentes (plasma ou hemácias) por aférese em benefício do paciente'. There are also checkboxes for 'Não se apresenta apto para doar hemocomponentes por aférese' and 'Resiliza coleta de amostras, para exames pré-doação por aférese'. The bottom section is labeled 'VERSO' and contains the text of 'LEI Nº 1.874 - DE 27 DE MARÇO DE 1998' regarding voluntary blood donation, including articles 1º, 2º, 3º, and 4º, and the signature of 'JULIUSO GASPAR DUTRA'.

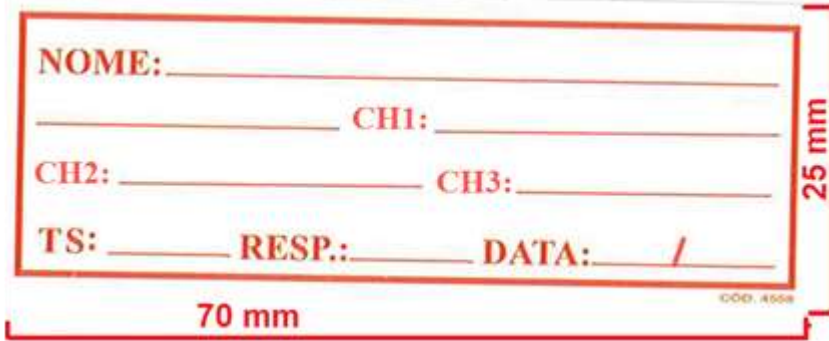
Item 22 – Declaração de Doação de Sangue – cód. 434

FRENTE	VERSO
 <p>FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA</p> <p>Av. Othon Gama D'Elia, 756 - Praça D. Pedro I Fone: (48) 3251-9700 Fax: (48) 3223-0797 Centro CEP 88015-240 Florianópolis - Santa Catarina</p> <p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO</p> <p>Declaro, para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) _____ compareceu a este Hemocentro às _____ horas de hoje. Na ocasião:</p> <p><input type="checkbox"/> Doou seu sangue voluntariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Doou seu sangue em benefício do paciente _____ internado no Hospital _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não se apresentava apto para doar sangue.</p> <p>LOCAL E DATA _____</p> <p>ASSINATURA RESPONSÁVEL _____</p>	<p style="text-align: center; color: red;">210 mm</p> <p>LEI Nº 1.075 – DE 27 DE MARÇO DE 1950 DISPÕE SOBRE DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SAÚDE</p> <p>O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:</p> <p>Art. 1º - Será considerada com fôlvor na folha de serviço militar, de funcionário público, civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue feita a Bancos, mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da Instituição.</p> <p>Art. 2º - Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil, de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos.</p> <p>Art. 3º - O doador voluntário que não for servidor público civil ou militar nem da autarquia será incluído, em igualdade de condições exigidas em Lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria.</p> <p>Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.</p> <p>Rio de Janeiro, 27 de março de 1950, 129ª da Independência e 62ª da República.</p> <p>Ass. EURICO GASPAR DUTRA</p> <p>De acordo com o Decreto-Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho, qualquer empregado que doar sangue terá o dia abonado uma vez por ano.</p> <p>LEI Nº 7.757 DE 10 DE OUTUBRO DE 1989 (Governo do Estado de Santa Catarina).</p> <p style="text-align: center;">CONCEDE ESTÍMULOS ESPECIAIS A PESSOAS DOMICILIADAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA, DENOMINADAS DOADORES VOLUNTÁRIOS E SISTEMÁTICOS DE SANGUE.</p> <p style="text-align: center; color: red;">150 mm</p>

Item 23 - Envelope ofício com timbre – cód.373

 <p>FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA</p> <p style="text-align: center;">115 mm</p> <p style="text-align: center;">228 mm</p>

Item 24 – Etiqueta de Segmento de Bolsa Adesiva – cód.4558

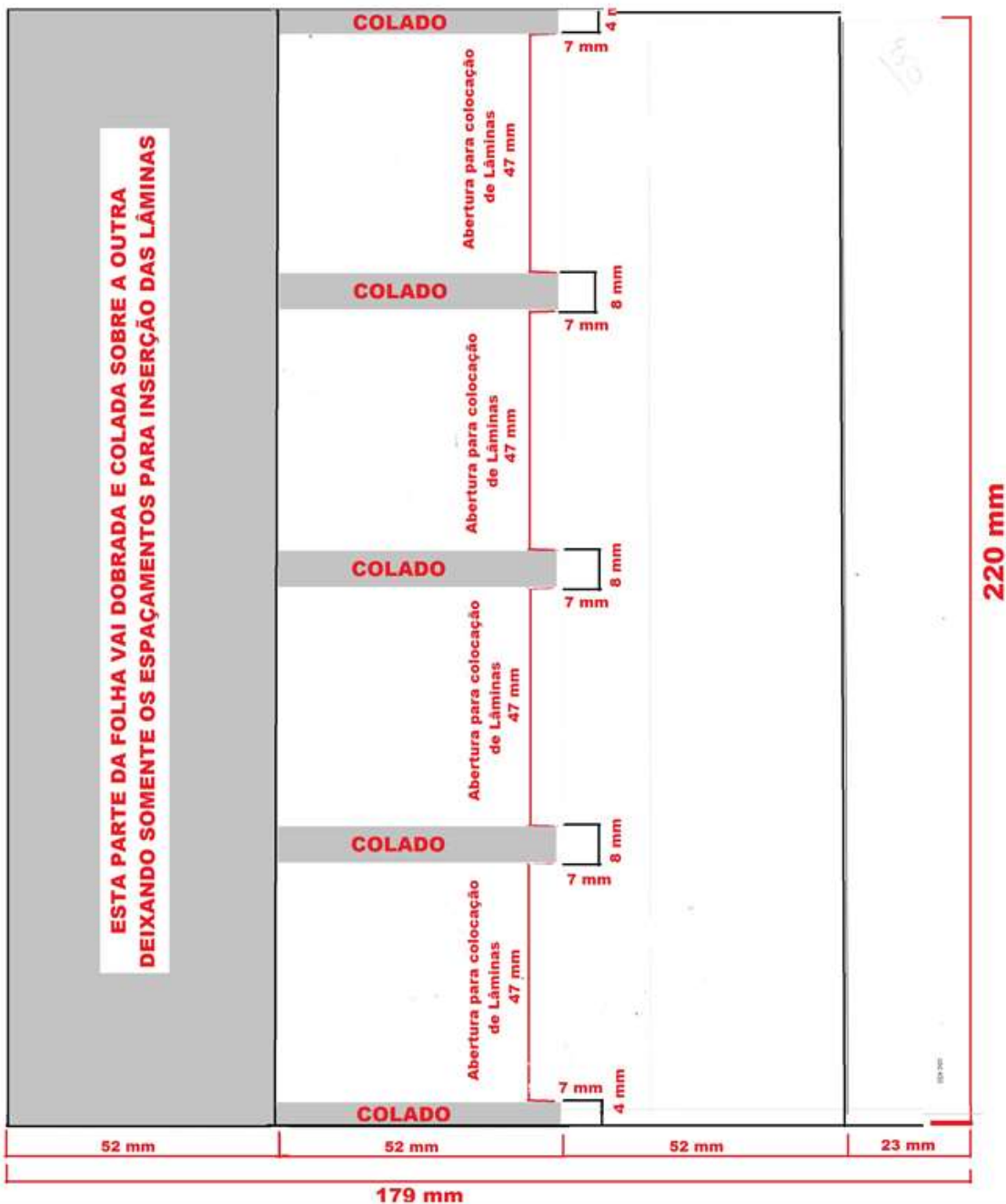


NOME: _____
 _____ **CH1:** _____
CH2: _____ **CH3:** _____
TS: _____ **RESP.:** _____ **DATA:** ____/____/____

70 mm 25 mm

CCO, 4558

Item 25 – Ficha de arquivo para lâminas –cód.450



Item 26 – Ficha de Triagem Clínica – cód. 2528

FRENTE



**FICHA DE
TRIAGEM CLÍNICA**

**CÓDIGO DE
TRIAGEM**

Señal(e) doador(a), você passará por uma entrevista cujas perguntas estão mencionadas abaixo. Leia com atenção e responda com sinceridade, auxiliando com um X em SIM ou NÃO. Esta etapa é muito importante, pois visa proteger você e as pessoas que vão receber seu sangue.

Apesar de serem feitos vários exames com o sangue doado, antes de ser liberado para outra pessoa, não existe 100% de segurança para o receptor, pois há um período chamado Janela Imunológica, que é o período entre a infecção por um vírus, como por exemplo o HIV, e o aparecimento de resultados positivos nos exames laboratoriais. Neste período, os exames das pessoas contaminadas poderão apresentar resultados negativos. Portanto, **não doe sangue para fazer exames**. Se existir a possibilidade de você estar contaminado, poderá transmitir o vírus para pessoas que não receber seu sangue.

Pre-Idagem: IR: _____ HI: _____ Altura: _____ PA: _____ FC: _____ Peso: _____

Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO
01	Você leu a orientação acima e entendeu o que é Janela Imunológica?		
02	Você já doou sangue?		
03	Seu parceiro ou parceira também doou sangue?		
04	Alimentou-se hoje?		
05	Faz uso de alimentação rica em gordura há menos de 4 horas?		
06	Você já foi resuscitado na entrevista ou teve exames alterados em doações anteriores?		
07	Reposouou bem a noite?		
08	Vai viajar amanhã, ônibus, metrô ou fazer atividades de risco (aluno, escalada, andares de trabalho, trabalhar com máquina pesada (bomba, prensa), mergulho, surf, etc)? Se a resposta for SIM você deverá profissionalmente interromper as atividades por 32 horas.		
09	Sentiu-se mal em alguma doação anterior?		
10	Tomou bebida alcoólica nos últimos 12 horas?		
11	Passou hábito de tomar bebida alcoólica todos os dias?		
12	Está resfriado, em crise de tosse, tosse ou dor de garganta?		
13	Teve febre inexplicável nos últimos 7 dias?		
14	Está tomando ou tomou qualquer tipo de remédio nos últimos 15 dias?		
15	Faz ou fez uso de Acetona, Dufalaxina, Etilmetil, Finasterida, Isotretinoína (Roaccutan) ou outra medicação dermatológica?		
16	Faz ou fez uso de hormônio de crescimento de origem humana?		
17	Faz ou fez uso de hormônio anabolizante?		
18	Recebeu vacina nos últimos 12 meses?		
19	Faz tatuagem ou piercing nos últimos 12 meses?		
20	Passou piercing na cavidade nasal (foco, fígado) ou no região genital?		
21	Teve hepatite após os 11 anos de idade ou contato com sangue, secreção ou relação sexual com portadores de hepatite?		
22	É portador de doença de Chagas ou teve malária?		
23	Teve tuberculose ou alguma doença pulmonar?		
24	Você tem ou teve algum problema cardiovascular (AVC, infarto, hipertensão, anemia, dor no peito ou falta de ar respiração...)?		
25	Já teve algum tipo de câncer?		
26	Já teve diabetes ou insulino-dependente (diabetes tipo 1)?		
27	É portador(a) de diabetes (açúcar no sangue)?		

210 mm

CONTINUA NO VERSO

VERSO

Nº	PERGUNTAS	SIM	NÃO
28	Tem ou teve doença hemorrágica, sangramento ou anemia?		
29	Você já recebeu sangue? Se sim, em que ano foi a última transfusão? Ano: _____		
30	Seu parceiro(a) recebeu sangue/plaquetas nos últimos 12 meses ou fez hemodíalise?		
31	É portador(a) de Hanseníase (lepra) ou possui alguma doença de pele?		
32	Possui doença reumatológica ou doença autoimune?		
33	É portador de doença renal (rins)?		
34	É portador de doença em alteração da tireoide?		
35	Já foi internado(a) em clínica psiquiátrica ou de recuperação por uso de álcool ou drogas?		
36	Faz qualquer tipo de tratamento dentário nos últimos 7 dias?		
37	Faz alguma cirurgia odontológica nos últimos 12 meses (implante, enerto, etc)?		
38	Faz cirurgia nos últimos 12 meses?		
39	Faz endoscopia, colonoscopia ou outro procedimento invasivo nos últimos 6 meses?		
40	Já fez algum tipo de transplante de órgãos?		
41	Teve pontia de peso inexplicável nos últimos 6 meses?		
42	Teve diarreia nos últimos 7 dias?		
43	Teve ou está com gengivas aumentadas pelo corpo (ligue no pescoço, anéis e virilha)?		
44	Tem ou teve lesões escarificadas na boca ou garganta (afta, herpes)?		
45	É portador(a) ou teve: sífilis, gonorréia, HIV, HPV, herpes ou outra DST?		
46	Utilizou ou utiliza drogas ilícitas (cocaína, crack, heroína, LSD, maconha) ou outras?		
47	Foi preso por mais de 72 horas ou teve contato sexual com detento nos últimos 12 meses?		
48	Você tem ou já teve relação sexual com parceiro(a) do mesmo sexo?		
49	Você teve mais de 1 parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses? Se sim, quantos parceiros teve? N° de parceiros: _____		
50	Você teve relação sexual com profissionais do sexo nos últimos 12 meses?		
51	Você fez ou faz sexo em boca de dinheiro ou drogas?		
52	Você foi vítima de violência sexual nos últimos 12 meses?		
53	Feriu-se com material contaminado de sangue de outra pessoa nos últimos 12 meses?		
54	Vão doar exclusivamente para fazer exames de AIDS, hepatite ou outras doenças?		
55	Está na fila de Santa Catarina nos últimos 12 meses ou esteve na Europa após 1997?		
56	Você tem ou teve algum outro problema de saúde que não tenha sido perguntado?		

PERGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MULHERES

57	Está com ciclo menstrual e fluxo normal?		
58	Está grávida, com atraso menstrual ou amamentando?		
59	Você já engravidou? Se sim, quantas vezes? N° de gestações: _____		
60	Você teve abortos ou parto há menos de 3 meses?		
61	Você recebeu vacina (imunoglobulina) pós-parto nos últimos 12 meses?		

PARA USO DO HEMOSC

() Agito () Inapto Temporariamente () Inapto Definitivamente () Sangue () Aférese () Amestoso

Código de Inaptação: _____ Tempo de Inaptação: _____ dias

Resposta à doação: () Não () Sim, qual: _____

Assinatura e carimbo pelo responsável pela triagem: _____

Assinatura do doador: _____

287 mm

Item 27 – Nota de Fornecimento de Hemocomponentes- cód. 6586



Nota de Fornecimento de Hemocomponentes

HEMOSC fornecedor: _____ Agência fornecedora: _____
Endereço/telefone fornecedor: _____
Hospital/Clinica solicitante: _____
Endereço/telefone solicitante: _____
Nome solicitante: _____
Data solicitação: _____ Hora solicitação: _____

Hemocomponente	ABO/Rh	Número bolsa	Hemocomponente	ABO/Rh	Número bolsa

As bolsas acima relacionadas apresentam sorologia não reagente para Hepatite B, Hepatite C, Sífilis, Chagas, HIV 1 e 2, HTLV I/II, NAT RNA não detectável para HIV, HCV e NAT DNA não detectável para HBV.

Normas para Transporte e Armazenamento de Hemocomponentes:

Concentrado de Hemácias

Transporte em caixa térmica, temperatura de 1 a 10 ° C, sem contato direto com gelo reciclável;
Armazenamento em câmara de conservação com temperatura entre 2 a 6° C.
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____

Concentrado de Plaquetas

Transporte em caixa térmica de 20 a 24° C;
Armazenamento em agitador de plaquetas com temperatura entre 20 a 24° C.
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____

Plasma e Crioprecipitado

Transporte em caixa térmica com temperatura inferior a -18° C (18° C negativos) de modo a manter os hemocomponentes totalmente congelados, sendo o ideal com gelo seco;
Armazenamento em freezer com temperatura inferior a -18° C (18° C negativos).
Temperatura de Saída do HEMOSC: _____ ° C.
Temperatura/horário de Chegada no Solicitante: _____ ° C/ _____
Assinatura do responsável pelo recebimento no solicitante: _____

O HEMOSC realiza os testes de controle de qualidade em hemocomponentes exigidos pela legislação vigente.

O HEMOSC recomenda a realização de testes de detecção bacteriana em concentrado de plaquetas aseptizadas.

As caixas térmicas utilizadas para o transporte das bolsas devem ser resistentes a impactos, impedir vazamentos, permitir a higienização regular e manter a temperatura adequada.

Deve ser realizada inspeção visual em cada hemocomponente (verificar coloração, integridade do sistema, presença de hemólise, coágulo, etc) durante todo o manuseio.

A legislação vigente deve ser seguida para todas as atividades pertinentes.

O HEMOSC realiza a inspeção visual das bolsas listadas acima.

Saída dos hemocomponentes:

Data fornecimento: _____ Hora fornecimento: _____
Responsável pelo atendimento do HEMOSC: _____
Assinatura do responsável pelo atendimento do HEMOSC: _____

Eu _____ (nome completo e legível) RG. N° _____
recebi as bolsas relacionadas.

Declaro que entendi todos os cuidados acima citados e me responsabilizo pelo transporte e a entrega dos referidos hemocomponentes.

Assinatura do responsável pelo transporte: _____

Motivo do atendimento em contingência:

Contingência HEMOSIS Extrema urgência Simulação/treinamento Outro _____

Registros no HEMOSIS em: _____ por: _____

O atendimento para não consentidos somente será realizado em caso de emergência e deve-se observar:

a) o pedido ser encaminhado, juntamente com amostra de sangue devidamente identificado para realização de testes de compatibilidade doador e receptor; assinada e carimbada pelo médico assistente;

b) pedido ser em papel timbrado da instituição solicitante, contendo nome, endereço, telefone, fax e o setor da instituição onde se realizará o ato transfusional;

c) conter o número do prontuário do paciente, o nome completo e a idade;

d) conter a quantidade e o nome do hemocomponente, acompanhado da indicação de uso.

A instituição solicitante fica obrigada a devolver as bolsas de hemocomponentes inutilizadas ou não à instituição distribuidora, em até 48 horas após o recebimento. Esta devolução deverá ser realizada com a devida documentação relativa à utilização ou não do (s) hemocomponente (s).

297 mm


210 mm

**tem 28 - Pasta para laudo de exames Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem-
cód.4010**



Item 29 – Prescrição Médica - 7807

FRENTE

 <small>Centro de Hemorragias e Hipertensões da Santa Catarina</small> HEMOSC	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HMR.03.10.04
	HEMOCENTRO:		Nº NA

UNIDADE: _____

NOME: _____ IDADE: _____ PF: _____


DATA: / / SETOR: _____ CONVÊNIO: _____

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	MARCA	LOTE	VALIDADE	RUBRICA
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	

OBSERVAÇÕES

210 mm

VERSO

 <small>Centro de Hemorragias e Hipertensões da Santa Catarina</small> HEMOSC	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HMR.03.10.04
	HEMOCENTRO:		Nº NA

CONTROLE DE SINAIS VITAIS					INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE ENFERMAGEM
DATA	HORA	P.A.	F.C.	T. Ax. (°C)	
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			
/ /	:	/			

297 mm

Item 31 - Receita Médica – cód. 375



The image shows a blank medical prescription form titled "RECEITA". At the top left is the FAHECE logo. The text reads: "FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC/CEPON - FAHECE" and "SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA". The form includes fields for "UNIDADE", "NOME", "ENDEREÇO", "DATA", "ASSINATURA DO MÉDICO", and "CRM". A large yellow watermark is visible in the center. Red lines indicate the dimensions: 150 mm width and 200 mm height.

Item 32 - Receituário Azul – cód.408



The image shows a filled-out blue prescription form titled "RECEITÁRIO AZUL". It contains handwritten information: "SC 24.100 92 18.01" and "B". The form includes sections for "IDENTIFICAÇÃO DE RECEITA", "IDENTIFICAÇÃO DO PRESENTE" (Fundação de Apoio ao Hemosc e Cepon - FAHECE), "IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR", and "CAMPO DO FORNECEDOR". There are also fields for "Paciente", "Endereço", "Assinatura de Emitente", "Nome do Vendedor", and "Data". A red arrow points to the "Recorte" (cut) line. Red lines indicate the dimensions: 85 mm height and 235 mm width.

Item 33 - Receituário Controle Especial – CEPON cód.409

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p>  <p>CEPON - CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS CNPJ: 86.897.113/0001-57 Rodovia Admar Gonzaga (SC-404), 655 Itacorubi - Florianópolis - Santa Catarina Fone: (48) 3331-1400</p>		<p>1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE</p>
		<p>_____ CARIMBO DO MÉDICO</p>
<p>Paciente:</p>		
<p>Endereço:</p>		
<p>Prescrição</p>		
<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p>		<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p>
<p>Nome:</p>		<p>Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____</p>
Ident.:	Órg. Emissor:	
End.:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		

205 mm

150 mm

Item 34 – Receituário de controle especial HEMOSC – cód. 5488

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA BRANCA: FARMÁCIA
2ª VIA ROSA: PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**HEMOSC - Centro de Hematologia
e Hemoterapia de Santa Catarina**

Av. Othon Gama D' Eça, 756 - Praça D. Pedro I - Centro - 88015-240 - Florianópolis-SC - Fone: (48) 3251-9700

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

205 mm

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. nº: _____ Órg. Em.: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

150 mm

Item 35 – Requisição de Resultado de Exames

ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA		REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES																				
		HOSPITAL		PAM																		
NOME						PRONTUÁRIO Nº																
<table border="1"> <tr> <td>IDADE</td> <td>SEXO</td> <td>COR</td> <td>PESO</td> <td>ALTURA</td> <td>CLÍNICA</td> <td>ENFERMARIA</td> <td>LEITO</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A						
IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO															
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A																				
DADOS CLÍNICOS																						
MATERIAL A EXAMINAR																						
EXAMES SOLICITADOS																						
DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO																				

205 mm

155 mm

Item 36 - Sacola em plástico leitoso (32x44cm) – cód.4009



Item 37 – Solicitação de Serviços Hemoterápicos – cód.459

297 mm

VERSO

Recebimento:	Término:	
Data: / /	Horas:	

Resultado	RHID:	PNI:
ABO:		

Técnico: _____
Observações: _____

Hemocomponentes:

ORIENTAÇÕES PARA TRANSFUÇÃO:

Não iniciar a taxa até estar quente, não perfurar ou ligar a tubulação na jarra, não tocar no resíduo líquido externo impresso com o sangue medido de preferência em uma garrafa, evitar um espaço para cada transfusão, não retirar a torneira da total.

Conferir o conteúdo do produto em relação ao volume no momento de início.

Durante as 10 primeiras horas da transfusão, o paciente deverá ficar acompanhado de um profissional de saúde habilitado.

OH (Concentrado de Hemócitos): não ultrapassar 4 horas de início.


CP (Concentrado de Plaquetas): iniciar imediatamente, não armazenar em refrigeração.

FFC (Plasma Fresco Congelado): o descongelamento deve ser realizado na Agência Transfusional. A transfusão deve ocorrer imediatamente após o descongelamento. Ler as descrições, não corrigir rotaneamente.

CONDIÇÃO FRENTE À REAÇÃO TRANSFUSIONAL IMEDIATA:

- Interromper a transfusão;
- Manter o paciente ventilado com oxigênio;
- Monitorar a temperatura do corpo e a hemocomponente no momento do paciente descongelado (febre de reação, a proba e a priorização);
- Verificar sinais vitais;
- Comunicar o núcleo assistente de paciente após a realização do exame;
- Continuar a Agência Transfusional;
- Colocar amostras EDTA e SPAD e enviar à Agência Transfusional junto com o hemocomponente e o sangue.

FRENTE



SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS

Nome completo: _____		Sexo: () M () F	
CPF: _____	RG: _____		
Nome da mãe: _____	Prontuário: _____	Data Nasc: / /	
Cartão Nacional de Saúde: _____		Cód. da Cidade: _____	
Hospital: _____		Quantidade: _____	
Diagnóstico: _____			
Indicação Clínica: _____			

TRANSFUSÃO

Transfusão: () Sim () Não	Observações: _____
Reação Transfusional: () Sim () Não	
Gravidez/Aborto: () Sim () Não	

RESULTADO DE EXAMES

Ht: _____	Hb: _____	Contagem de Plaquetas: _____
Pl: _____	Pf: _____	Plas: _____
Outros (TAP, TTPa): _____		

Caráter transfusível

Rotina (transfunde até 24 horas): _____
Urgência (transfunde até 3 horas): _____
Emergência (transfunde imediata, risco de morte): _____
Programada/Reservada Centro Cirúrgico data: _____
Horas: _____

Solicitação de hemocomponente: _____

Procedimento Especial: Filtrado () Irradiado ()
Justificativa: _____
Sanguinoterapia: () Volume a mirar: _____

Data: / / Nome: _____ Assinatura/Cambo: _____


Local: _____ CRH: _____

Para uso do Hemosc:

RE	RT
----	----

210 mm

Item 38 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Sangria Terapêutica-cód.7743

FRENTE	 <p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SANGRIA TERAPÊUTICA</p> <p>HEMOCENTRO: _____ N° _____</p> <p>SANGRIA TERAPÊUTICA</p> <p>Nome: _____ RG/CPF: _____</p>
210 mm	297 mm
VERSÃO	<p>Por livre iniciativa autorizo a sangria terapêutica e também os procedimentos necessários para minimizar os efeitos colaterais e complicações que possam surgir, conforme a melhor conduta médica.</p> <p>Nome: _____ Ass. Médico Assistente: _____</p> <p>RG/CPF: _____ CRM: _____/SC - Carimbo: _____</p> <p>LOCAL: _____ DATA: ____/____/____</p> <p>Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão: _____</p> <p>Código de Ética Médica - Art. 39º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta do mesmo possa provocar dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.</p> <p>Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor - Art. 6º - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde, ou cuja natureza deva ser informada ao consumidor, deve respeitar a sua razoabilidade ou precaução, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.</p> <p>MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de emergência, dois médicos deverão assinar)</p> <p>() Preste todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.</p> <p>() Não foi possível a coleta desde Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.</p> <p>Santa Catarina, _____ de _____ de _____ Hora: _____</p> <p>Médico, CRM, carimbo e assinatura: _____ Médico, CRM, carimbo e assinatura: _____</p> <p>REVOGAÇÃO: SC ____/____/____ Hora-Hora: _____</p> <p>(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)</p>

Item 39 – Voto de Auto exclusão – cód.2549

LEIA COM ATENÇÃO

ESTA INFORMAÇÃO PRESTADA POR VOCÊ É CONFIDENCIAL E SERÁ MANTIDA SOB SIGILO. NÃO TEM QUALQUER IMPLICAÇÃO PESSOAL, TEM A FINALIDADE DE PROTEGER A PESSOA QUE IRÁ RECEBER O SEU SANGUE.

RESPONDA COM SINCERIDADE MARCANDO UM "X" UMA DAS ALTERNATIVAS:

SIM, Meu sangue PODE SER USADO PARA TRANSFUSÃO.

NÃO, Meu sangue NÃO PODE SER USADO PARA TRANSFUSÃO, pois estou, ou passei, por situação de risco.

100 mm

210 mm

CAP 028

OBSERVAÇÃO: os modelos poderão sofrer alguma alteração de texto, o qual será comunicado. Toda compra terá a prova digital para a provação de impressão.