



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Proposto por: Núcleo de Hemoterapia		Verificado por: Núcleo Normativo/ NQS		Aprovado por: Coordenação Assistencial	
Tipo de documento: POP	Código do POP: POP.HEMON.003	Início da vigência: 06/06/2023	Próxima revisão: 05/06/2025	Versão: 11	Página: 1 de 1

TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	2 de 2

1 OBJETIVO

Padronizar o transporte de amostras de sangue para exames e hemocomponentes para transfusão dentro de normas de biossegurança e de boas práticas de manipulação para manutenção de condições adequadas de preservação das características do material transportado.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde do sangue, componentes e derivados.

BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA. Resolução RDC nº 34 de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.

BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA. Portaria Conjunta ANVISA/MS nº 370/2014, de 07/05/2014. Dispõe sobre regulamento técnico-sanitário para o transporte de sangue e componentes.

BRASIL. Ministério da Saúde/ ANVISA. Resolução RDC nº 504, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

3 GLOSSÁRIO

NAT – Teste de Acido Nucleico

CQ – Controle de Qualidade

4 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Funcionários do Serviço de hemoterapia	Acondicionamento adequado do material biológico (amostras e hemocomponentes) para transporte
Funcionário administrativo	Transporte de hemocomponentes e amostras biológicas

5 TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE PARA ANÁLISE SOROLÓGICA NO HEMORIO

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	3 de 3

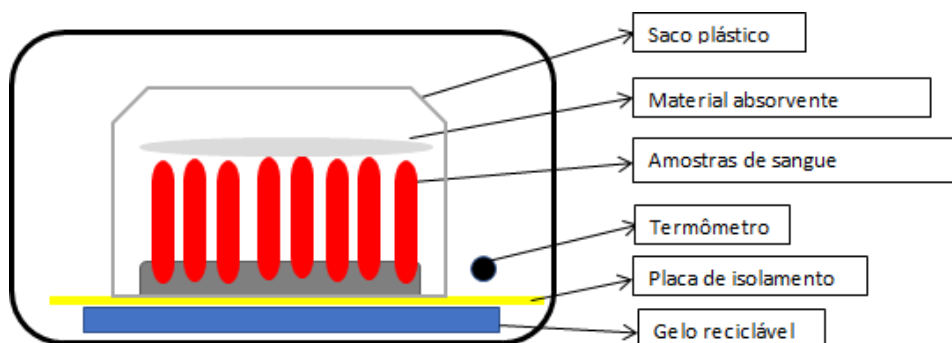
5.1 O **Funcionário do Serviço de Hemoterapia** deve acondicionar, em estante própria, as amostras de sangue;

5.1.1 As amostras devem estar devidamente identificadas, coletadas em tubo a vácuo com gel separador de coágulo, para testes sorológicos e NAT realizado no Hemocentro Coordenador do Rio de Janeiro (HEMORIO), em ordem crescente de numeração de coleta, recebendo o acréscimo de tubo *Eppendorf* preenchido, rotulado com etiqueta de código de barra correspondente;

5.2 Embalar o material organizado em saco plástico transparente e vedado, com material absorvente;

5.3 Colocar o material em maleta térmica de uso exclusivo para esta finalidade, que contenha termômetro digital instalado (Figura 1);

FIGURE 1 – ILUSTRAÇÃO DA PARTE INTERNA DA MALETA TÉRMICA COM TERMÔMETRO DIGITAL



5.4 Encaminhar ao HEMORIO a maleta térmica - identificada como **"Material Biológico – Risco Mínimo"**, juntamente com o Formulário de Envio de amostras sorológicas ao HEMORIO (Anexo I);

6 TRANSPORTE EXTERNO DE AMOSTRAS PARA ESTUDO IMUNOHEMATOLÓGICO

6.1 O **Funcionário do Serviço de Hemoterapia** deve identificar as amostras com:

- 6.1.1 Nome completo do paciente;
- 6.1.2 Data de nascimento;
- 6.1.3 Número do prontuário;
- 6.1.4 Data da coleta;
- 6.1.5 Responsável pela coleta;

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	4 de 4

- 6.2 Acondicionar as amostras de sangue de pacientes encaminhadas para estudo imunohematológico no Hemorio em caixa térmica identificada como “Substancia Biológica de categoria B – UN 3373”, disponível no setor;
- 6.3 Preencher formulário “Requisição de Estudo Imunohematológico” padrão do hemorio, disponível no setor;
- 6.4 Encaminhar as amostras juntamente com o formulário de “Requisição de Estudo Imunohematológico”.

7 TRANSPORTE EXTERNO DE HEMOCOMPONENTES

- 7.1 O **Funcionário do Serviço de Hemoterapia** deve observar a identificação e preparar as térmicas de acordo com o hemocomponente a ser transportado;
- 7.1.1 Transporte de concentrados de hemácias para irradiação no HEMORIO;
- 7.1.2 Transporte de hemocomponentes para estoque;
- 7.1.3 Maleta identificada “Material Biológico Isento – Produto para Transfusão”;
- 7.1.4 Transporte de Sangue total proveniente de coleta externa;
- 7.1.5 Maleta identificada “Espécime Humana de Risco Mínimo”;
- 7.2 Preencher o formulário pertinente ao tipo de transporte a ser realizado;
- 7.2.1 Listando o número das bolsas e o total de hemocomponentes transportados, local de origem e destino, data e hora da liberação, temperatura de transporte e responsável pelo transporte;
- 7.2.2 Se o transporte for realizado por profissional treinado do serviço de hemoterapia, será solicitado o veículo através do aplicativo (TAXI GOV);
- 7.3 Encaminhar as amostras de hemocomponentes para controle de qualidade as segundas – feiras pela manhã, conforme cronograma definido pelo Hemorio, utilizando formulário próprio (Anexo III, IV, V, VI e VII);

QUADRO 1 – ORIENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

HORÁRIO	SOLICITAÇÃO
Horário de rotina (segunda a segunda, das 07 às 19 horas).	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar o mensageiro através de e-mail mensageiroinc@gmail.com, informando: horário previsto para saída, setor de origem, destino, tipo de solicitação (desejável ser com 24 horas de antecedência). Em caso de dúvida, ligar para ramal: 2273 As solicitações habituais já estão agendadas, não

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	5 de 5

	sendo necessária nova solicitação. <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a térmica e entregar, em mãos, ao transportador.
--	---

8 TRANSPORTE INTERNO DE HEMOCOMPONENTES

8.1 A equipe do Serviço de hemoterapia deve transportar as bolsas de hemocomponentes liberados para transfusão da Sala de Distribuição no térreo do INC até a Agência Transfusional no 11º andar do INC;

8.1.1 Acondicionados em maletas térmicas com gelo reciclável acondicionado no fundo da caixa e separado dos componentes por proteção plastificada vazada;

8.1.2 Identificar a maleta: **“Material Biológico Isento - Produto para Transfusão”**;

QUADRO 2 - TEMPERATURA ADEQUADA PARA TRANSPORTE DOS HEMOCOMPONENTES E AMOSTRAS DE SANGUE

TIPO DE HEMOCOMPONENTE	TEMPERATURA ADEQUADA
Concentrados de hemácias	<ul style="list-style-type: none"> • A temperatura poderá oscilar entre +1°C e +10°C.
Concentrados de plaquetas (randômicas e aféreses)	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura poderá oscilar entre +20° C e +24°C.
Plasma congelado e crioprecipitado	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura deverá manter o componente congelado, ideal inferior a -18°C, não podendo ultrapassar -5°C.
Amostras de sangue de doador e paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2°C e 8°C.

9 ORGANIZAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA COM CONCENTRADO DE HEMÁCIAS E SANGUE TOTAL

9.1 A equipe do Serviço de Hemoterapia deve forrar o fundo da caixa térmica com gelo reciclável;

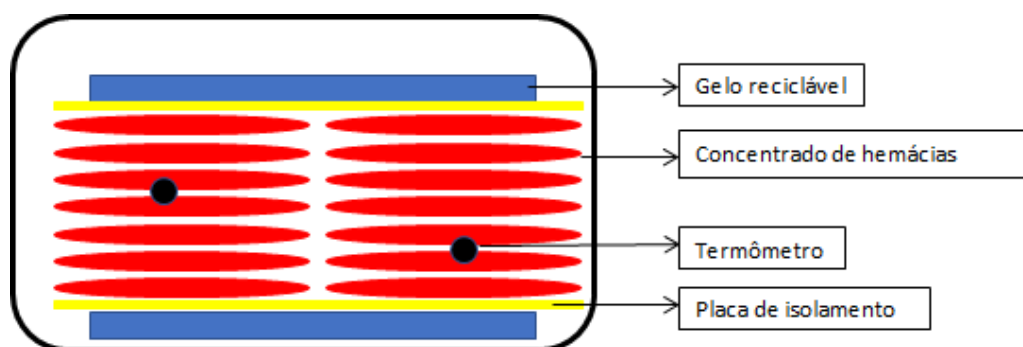
9.2 Utilizar placa para isolamento térmico;

9.3 Dispor as bolsas do hemocomponente;

9.4 Colocar placa de isolamento e gelo reciclável acima (Figura 2);

FIGURA 2 – DISPOSIÇÃO DO GELO E CONCENTRADO DE HEMÁCIAS NA CAIXA TÉRMICA.

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	6 de 6

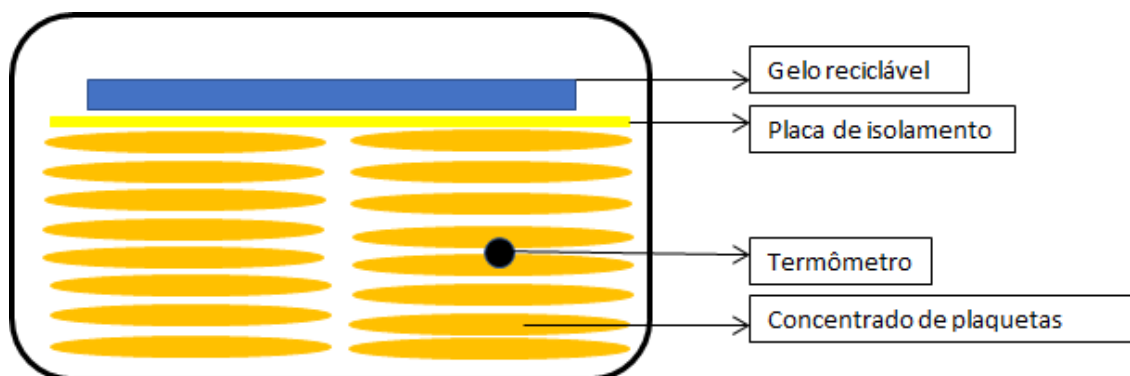


10 ORGANIZAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA COM CONCENTRADOS DE PLAQUETAS

10.1 A equipe do Serviço de Hemoterapia deve transportar sem uso de refrigeração no interior da caixa térmica dentro do Hospital;

Utilizar gelo reciclável (100 ml) na parte superior da caixa térmica, quando a temperatura externa estiver elevada (acima de 28°C), para manter temperatura interna dentro dos limites estipulados (Figura 3);

FIGURA 3 - DISPOSIÇÃO DO GELO E CONCENTRADO DE PLAQUETAS NA CAIXA TÉRMICA.



11 ORGANIZAÇÃO DA CAIXA TÉRMICA COM PLASMA CONGELADO E CRIOPRECIPITADO

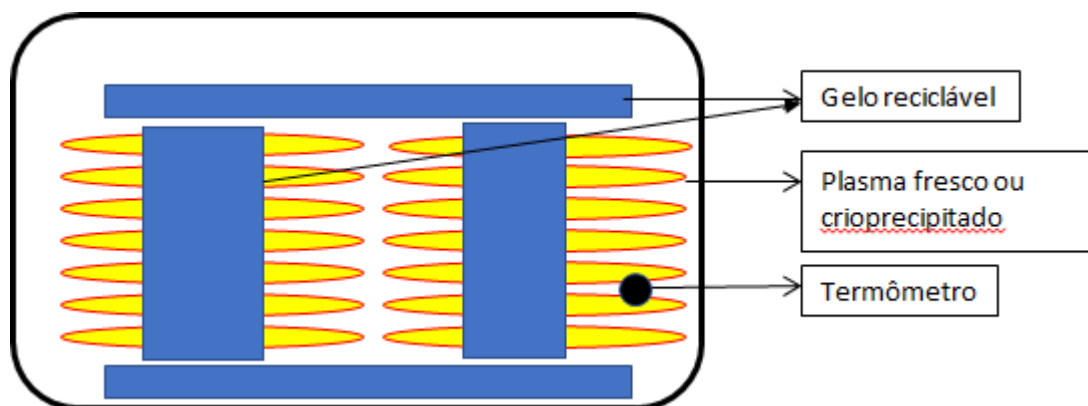
11.1 A equipe do Serviço de Hemoterapia deve forrar a caixa térmica com gelo reciclável;

11.2 Dispor bolsas de hemocomponentes;

11.3 Dispor gelo reciclável na porção lateral e superior da térmica (Figura 4);

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	7 de 7

FIGURA 4 - DISPOSIÇÃO DO GELO, PLAMA FRESCO E CRIOPRECIPITADO NA CAIXA TÉRMICA.



12 ROTINA DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DAS CAIXAS TÉRMICAS

12.1 O Funcionário do Serviço de Hemoterapia deve Encaminhar as caixas térmicas até a área de higienização;

12.2 Realizar higienização das mãos com água e sabão;

12.3 Realizar a paramentação: máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e luvas de procedimento;

12.4 Abrir as maletas de transporte;

12.4.1 Em caso de presença de material biológico, remover o excesso com papel toalha;

12.5 Lavar as maletas com esponja embebida em água e peróxido 4D;

12.6 Enxaguar em água corrente;

12.7 Secar com pano multiuso, limpo e seco;

12.8 Acondicionar as caixas higienizadas em local apropriado;

12.9 Retirar as luvas e higienizar as mãos;

12.10 Retirar a paramentação e higienizar as mãos.

13 INDICADORES

INDICADOR	DESCRIÇÃO	APURAÇÃO
Número de não conformidades (Anexo XI)	Registro de notificações de não conformidades	Mensal

14 RELAÇÃO DE ANEXOS

Anexo I - Formulário de encaminhamento de amostras para exames sorológicos no Hemório.

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	8 de 8

Anexo II - Transporte de concentrado de hemácias para CQ.

Anexo III - Transporte de concentrado de plaquetas para CQ.

Anexo IV - Transporte de concentrado de plaquetas de aférese para CQ.

Anexo V - Transporte de plasma fresco para CQ.

Anexo VI - Transporte de plasma fresco células residuais para CQ.

Anexo VII - Transporte de crioprecipitado para CQ.

Anexo VIII - Formulário de solicitação de irradiação – nominal.

Anexo IX - Formulário de solicitação de irradiação – rotina.



TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Código da Norma:	POP.HEMON.003
Versão:	11
Página:	9 de 9

ANEXO I

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA EXAMES SOROLÓGICOS NO HEMORIO

Endereço da SH: _____
 Telefone da SH: _____

	Nº da Amostra	ANO	MES	DIA	Nº da Amostra	ANO	MES	DIA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Assinatura e Nº da Conselho Profissional da Técnica

Expediente nº das amostras: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pela acondicionamento: _____	Sala de Serviço de Hemoterapia: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pela saída: _____	Chegada no Hemorio: Data: _____ Hora: _____ Temperatura: _____ °C Responsável pela recebimento: _____
---	--	--

HEMORIO - SAÚDE - RIO DE JANEIRO



TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Código da Norma:	POP.HEMON.003
Versão:	11
Página:	11 de 11

ANEXO III

TRANSPORTE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS PARA CQ

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES

CONCENTRADO DE PLAQUETAS

Nome do Órgão / Entidade: _____

Data: _____

Nº da Doação	Data da Coleta	Data da Validade	Tipo de solução anticoagulante/preservativa		Volume
			CPD/SAG-M	CPDA	

Assinatura e Nº do CRM do Responsável Técnico

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	12 de 12

ANEXO IV

TRANSPORTE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE AFÉRESE PARA CQ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



HEMORIO
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
ARTHUR DE SIQUEIRA CABIN CANTI

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE

Nome do Órgão / Entidade: _____

Data: _____

Nº da Doação	Data da Coleta	Data da Validade	Valor Estimado da Concentração de Plaquetas (pelo equipamento)	Volume Total

Assinatura e Nº de CRM do Responsável Técnico



**TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E
HEMOCOMPONENTES**

Código da Norma:	POP.HEMON.003
Versão:	11
Página:	13 de 13

**ANEXO V
TRANSPORTE DE PLASMA FRESCO PARA CQ**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE
HEMOCOMPONENTES**

PLASMA FRESCO CONGELADO

Nome do Órgão / Entidade: _____

Data: _____

Nº da Doação	Data da Coleta	Data da Validade	Tipo de solução anticoagulante/preservativa		VOLUME
			CPD/SAG-M	CPDA	

Assinatura e Nº do CRM do Responsável Técnico

	TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	Código da Norma:	POP.HEMON.003
		Versão:	11
		Página:	14 de 14

ANEXO VI

TRANSPORTE DE PLASMA FRESCO CÉLULAS RESIDUAIS PARA CQ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES

PLASMA FRESCO CÉLULAS RESIDUAIS

Nome do Órgão / Entidade: _____

Data: _____

Nº da Doação	Data da Coleta	Data da Validade	Tipo de solução anticoagulante/preservativa		VOLUME
			CPD/SAG-M	CPDA	

Assinatura e Nº do CRM do Responsável Técnico



TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Código da Norma:	POP.HEMON.003
Versão:	11
Página:	15 de 15

ANEXO VII

TRANSPORTE DE CRIOPRECIPITADO PARA CQ



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



HEMÓRIO
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA
ARTHUR DE SOUZA CAVALCANTI

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTROLE DE QUALIDADE DE HEMOCOMPONENTES

CRIOPRECIPITADO

Nome do Órgão / Entidade: _____

Data: _____

Nº da Doação	Data da Coleta	Data da Validade	Tipo de solução anticoagulante/preservativa		Volume
			CPD/SAG-M	CPDA	

Assinatura e Nº do CRM do Responsável Técnico



TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Código da Norma:	POP.HEMON.003
Versão:	11
Página:	16 de 16

ANEXO VIII

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE IRRADIAÇÃO – NOMINAL

SOLICITAÇÃO DE IRRADIAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – NOMINAL

Serviço Solicitante: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Paciente: _____ Data do Nascimento: ____/____/____

Indicação /Justificativa da Irradiação:

- Transfusão Intrauterina (colata < 5 dias)
- RN de baixo peso (inferior a 1.200 g)
- Prematuro com < 28 semanas
- Imunodeficiência Congênita Grave
- Pacientes submetidos a TMO
- Transfusão de componente HLA compatível
- Receptor parente em 1º grau do doador

Obs: _____

Hemocomponente	Identificação da bolsa	Validade
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		

CH: Concentrado de Hemácias / CP: Concentrado de Plaquetas / CPA: C. Plaquetas de Membrana / PCP: Plá de C. Plaquetas

Horário	Temperatura (°C)		Assinatura (Técnico Responsável)
	CP/CPA/PCP	CH	
Saída (Origem)			
Chegada (Hemorio)			
Saída (Hemorio)			

Data: ____/____/____

Assinatura do Solicitante

Assinatura do Responsável pela Irradiação

SECRETARIA DE SAÚDE
 GERÊNCIA DE HEMOTERAPIA
 ARRANJAMENTO, DISTRIBUIÇÃO DE SANGUE E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS
 Rua Frei Caneca, 9 - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20071-098
 Tel: (011) 2532-8627 / 2532-8611 ou 2532-8612 ou 2532-8613 ou 2532-8616 Ramal 2571 - www.hemorio.gov.br
 E-mail: sup@hemorio.gva.br



**ANEXO IX
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE IRRADIAÇÃO – ROTINA**

SOLICITAÇÃO DE IRRADIAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES – ROTINA

Serviço Solicitante: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Total de Hemocomponentes:

CH: _____ unidades CP: _____ unidades CPA: _____ unidades PCP: _____ unidades

Hemocomponente	Identificação da bolsa	Validade	Hemocomponente	Identificação da bolsa	Validade
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA			<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CPA		
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> PCP		

CH: Componente de Hemácias / CP: Componente de Plaquetas / CPA: C. Plasma de Hemácias / PCP: Plasma de Plaquetas

Horário	Temperatura (°C)		Assinatura (Técnico Responsável)
	CP/CPA/PCP	CH	
Saida (Origem)			
Chegada (Destino)			
Saida (Destino)			

Data: ____/____/____

Assinatura do Solicitante _____

Assinatura do Responsável pela Irradiação _____

Este formulário deverá ser enviado em duas vias. A 2ª via será devolvida ao solicitante, com o material irradiado e o registro de comprovação da irradiação.

Pedidos fora do horário de rotina deverão ser encaminhados por meio de Solicitação de Irradiação **Normal**.

Horário de rotina: Segunda a sexta-feira - de 8h às 17h.