

Hospital Geral Dr. César Cals
Gerência de Risco Sanitário Hospitalar



*Perfil de Notificação em
Eventos Adversos e
Queixas Técnicas*



I Seminário Estadual de
Segurança do Paciente

Carolina Martins Bezerra

O HGCC

O HGCC é uma instituição estadual, possui 297 leitos, constitui-se como um hospital geral de assistência terciária, com procedimentos de alta complexidade, em clínica e cirurgia, e no atendimento materno-infantil e como hospital de ensino e pesquisa.



O HGCC

Desde 2005 o HGCC começou a fazer parte do projeto Hospitais Sentinela e em 2011 foi credenciado como um CENTRO DE COOPERAÇÃO.



EQUIPE

- **Gerente de Risco:** Francisca Damasceno Maciel;
- **Farmacovigilância:** Daniele Holanda, Carolina Martins e estagiárias de farmácia;
- **Tecnovigilância:** Daniele Holanda;
- **Hemovigilância:** Carolina Martins.



ESTRATÉGIAS

Banner

Painéis de Acrílico

CONHEÇA A GERÊNCIA DE RISCO DO HGCC

A Gerência de Risco é o setor que atua diretamente com a ANVISA e que coordena a equipe de gerenciamento de risco do serviço de saúde. A equipe da gerência de risco é responsável pela monitorização pós-comercialização, de medicamentos, produtos para saúde, saneantes, hemocomponentes, equipamentos e kits para laboratório.

Farmacovigilância

Tem por objetivos realizar atividades destinadas a identificar, avaliar, quantificar e informar os efeitos indesejáveis decorrentes do uso de MEDICAMENTOS, Reações Adversas e queixas técnicas. As notificações poderão ser feitas através do formulário de notificação AMARELO.

Tecnovigilância

Tem por objetivo identificar, analisar e prevenir eventos adversos relacionados ao uso de EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES, IMPLANTES E PRODUTOS PARA DIAGNÓSTICO DE USO IN-VITRO. As notificações poderão ser feitas através do formulário de notificação AZUL.

Hemovigilância

Tem por objetivo avaliar, e avaliar e encaminhar as suspeitas de reações transfusionais à Anvisa, de forma a contribuir para a compreensão dos efeitos indesejáveis ou inesperados da utilização de HEMOCOMPONENTES, bem como cooperar para a prevenção do aparecimento ou recorrência desses efeitos. As notificações poderão ser feitas através do formulário de notificação ROSA.

NOTIFIQUE!

A notificação poderá ser feita por qualquer profissional de forma espontânea, não tendo caráter punitivo. O sigilo da notificação será garantido e o profissional poderá acompanhar o processo.

As notificações têm caráter reservado e visam conhecer os problemas e buscar soluções.

Os formulários de notificações estão disponíveis nas unidades da instituição, em painéis de acrílico, devidamente identificados.

COMUNICAÇÃO DE EFEITO ADVERSO A MEDICAMENTOS*

DADOS DO PACIENTE			
Nome do paciente:			
Sexo:	Gestante	Hepatopata	Nefropata
	Cardiopata		
DADOS DO MEDICAMENTO			
Medicamento que causou o efeito adverso:			
Fabricante:			
Lote:	Validade:		
Dose e frequência utilizada:	Via de administração:		
	EV VO SC SL outro:		
Início do uso:	Fim do uso:		
DADOS DO EFEITO ADVERSO			
Dia que ocorreu o evento:			

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PROMOVENDO A SEGURANÇA DO PACIENTE

Notifique a Gerência de Risco qualquer problema relacionado à:

- Materiais e Equipamentos médico-hospitalares - **TECNOVIGILÂNCIA**
- Medicamentos - **FARMACOVIGILÂNCIA**
- Complicações relacionadas a infusão de Hemocomponentes - **HEMOVIGILÂNCIA**

Este hospital participa da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela

Gerência de Risco - Em frente ao Armazém de Material Médico-hospitalar
Tel: (85) 3101.7838 E-mail: gerenciaderisco@hgcc.ce.gov.br

ESTRATÉGIAS

Boletim Semestral

Boletim Informativo
PROJETO
HOSPITAL SENTINELA
HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS DE OLIVEIRA

Ano II Nº 4 Dezembro 2011

Credenciamento do Hospital Geral Dr. César Cals na Rede Sentinel

No dia 09 de novembro de 2011, foi publicada no Diário Oficial da União a nova composição da Rede Sentinel (Portaria nº 1698, de 08 de novembro de 2011, DOU, Seção 1, p.98). Neste primeiro momento, 148 instituições de saúde compõem a nova rede, dentre as quais consta o Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira. A instituição foi parabenizada pelos esforços junto ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, na busca de práticas de cuidado à saúde mais seguras, por meio do gerenciamento de risco no uso das tecnologias e medicamentos utilizados para tal fim. A Rede Sentinel funciona como um observatório do uso de tecnologias em saúde e

notificador, de Eventos Adversos e Queixas Técnicas, para a Vigilância pós-comercialização e até o ano de 2010 contribuiu com 80% do conjunto de notificações recebido pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância. O Hospital Geral César Cals é integrante desta rede desde 2005 e em 2011 foi credenciado como **CENTRO DE COOPERAÇÃO**, que tem o papel de realizar cooperação horizontal para atividades de formação de pessoal e educação continuada a outras instituições de saúde ou capacidade para desenvolvimento de material instrucional.

Notifique!



Ajude a diminuir o sofrimento de muitos pacientes com um simples ato: **NOTIFICAR**. As notificações têm caráter reservado e visam conhecer os problemas e buscar soluções. **FIQUE ATENTO!** Caso apareça, em sua unidade, suspeitas de reações, erros, incidentes, desvios de qualidade, ou outras queixas inerentes a medicamento, material médico-hospitalar, sangue ou saneantes, notifique à Gerência de Risco do HGCC ligando para (85)3101-7838 ou, enviando sua notificação por e-mail: gerenciaderisco@hgcc.ce.gov.br. Após o estudo, você receberá uma carta-resposta com o desfecho do caso.

Manual

A equipe de Farmacovigilância da Gerência de Risco em parceria com o Serviço de Farmácia está trabalhando na elaboração de um Manual de Reconstituição, Diluição, Administração e Estabilidade de medicamentos injetáveis. Este instrumento objetiva fornecer aos profissionais de saúde informações claras e confiáveis para auxiliar nas etapas de dispensação, preparo e administração dos medicamentos injetáveis padronizados no hospital, visando proporcionar maior segurança na realização desse processo e assim melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.



Medicamentos Potencialmente Perigosos

Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) são medicamentos que apresentam maior possibilidade de gerar danos graves aos pacientes. Um dos complicadores dos MPP é o fato de que a maioria é administrada por via endovenosa, o que expõe o paciente a um maior risco, pois atinge rapidamente a corrente sanguínea e podem levar a Eventos Adversos, ocasionando danos irreparáveis à saúde, como lesões permanentes ou fatais.

Segundo o Institute of Health Care Improvement, cerca de 58% dos danos causados pelos medicamentos, em hospitais, são causados pelos MPP. Dentre as classes dos MPP estão os anestésicos, antiarrítmicos, antitrombóticos, quimioterápicos, hipoglicemiantes, analgésicos opioides, benzodiazepínicos, bloqueadores neuromusculares e os medicamentos na forma lipossomal.

Apesar de prevenir erros de medicação relacionados aos MPP, previne-se o desencadeamento de Reações Adversas e, com, isso, reduzem-se os custos no meio hospitalar.

Como prevenção orienta-se:

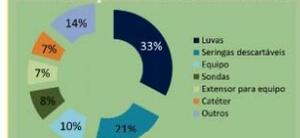
- Dupla checagem dos cálculos
- Uso de bomba de infusão para administração parenteral
- Estocagem de medicamentos de nomes semelhantes em locais separados
- Utilização de sistemas de alerta em prescrições eletrônicas
- Dispensação por dose unitária e por código de barras
- Monitoramento de interações medicamentosas e de concentração sérica
- Diluições-padrão para medicamentos concentrados

Gerência de Risco em Números

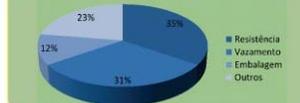
Tecnovigilância

No período de Janeiro a Outubro de 2011 foram notificados, a Gerência de Risco, 58 casos de suspeita de desvio de qualidade de material médico-hospitalar (MMH). Os MMH envolvidos nas notificações foram luvas (32,75%), seringa descartável (20,68%), equipo (10,34%), sondas (8,6%), extensor para equipo (6,9%), cateter (6,9%) e outros. Os principais problemas foram relacionados à resistência (34,5%), vazamento (31%), e embalagem (12%). Houve um predomínio de Notificação Espontânea (63,8%) em relação à Busca Ativa (36,2%) e os enfermeiros foram os profissionais que mais notificaram (83,8%), seguidos por técnicos de enfermagem (16,2%).

Perfil das notificações de material médico-hospitalar à Gerência de Risco



Principais Problemas dos MMH



Gerência de Risco em Números

Farmacovigilância

No período de Janeiro a Outubro de 2011 tivemos 32 notificações de Farmacovigilância, sendo 59,4% de RAM e 40,6% de Queixa Técnica. As RAM's predominaram no sexo feminino (56,6%) com média de idade 36,7 anos. Reações cutâneas (50%), seguidos de febre (29,3%) e calafrios (19,3%) foram as RAM's mais frequentes e os antimicrobianos (63,16%) e agentes imunobiológico (10,50%) foram às classes terapêuticas mais associadas. Das notificações 89,5% foram originadas por busca ativa e 10,5% por notificação espontânea, sendo os médicos (50%) e enfermeiros (50%) os profissionais envolvidos. Em relação às queixas técnicas 69,2% das notificações foram referentes a medicamentos específicos, 15,4% a similares e 15,4% a genéricos. Os problemas foram relativa embalagem (59,8%), alterações físico-químicas (29%), inefetividade terapêutica (15,4%) e rótulo (7,8%). Houve um predomínio de busca ativa (58,8%) em relação à notificação espontânea (41,2%) e os enfermeiros (66,7%) foram os profissionais que mais notificaram.

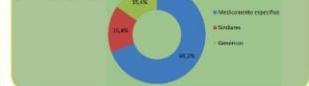
RAMs mais frequentes



Classes terapêuticas mais associadas às RAMs



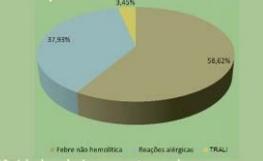
Grupos de medicamentos envolvidos nas queixas técnicas



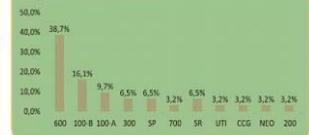
Hemovigilância

No período de janeiro a outubro de 2011 tivemos 81 reações transfusionais imediatas, que predominaram no sexo feminino (68,96%), sendo o concentrado de hemácias o hemocomponente mais implicado nesses eventos. Em relação às reações transfusionais notificadas a ANVISA (n=29), a reação febril não hemolítica (58,62%) predominou, seguida de reação alérgica (27,59%) e TRALI (9,45%). Os sinais e sintomas mais frequentes foram febre, calafrios, urticária e prurido. A unidade de internação que ocorreu o maior número de reações transfusionais foi o bloco 800 (58,7%), seguida do 100-B (16,1%), 100-A (9,7%).

Reações Transfusionais notificadas



Unidades de internação onde ocorreram as reações transfusionais



GERÊNCIA DE RISCO - HGCC

(85) 3101-7838
gerenciaderisco@hgcc.ce.gov.br

ESTRATÉGIAS

Certificado



Agência Nacional
de Vigilância Sanitária



Profissional Destaque em segurança do paciente

Em reconhecimento às suas importantes contribuições por promover ações inerentes à identificação e ao controle de riscos hospitalares e sanitários no Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCC)”

Dr. Valdy Ferreira de Menezes
Diretor Geral do HGCC

Data

Dra. Francely Damasceno Maciel
Gerente de Risco do HGCC

Data

ESTRATÉGIAS

Reuniões científicas periódicas



OUTRAS ESTRATÉGIAS

- Fichas de notificação;
- Fluxos e POP'S;
- Sistematização da Busca Ativa nas prescrições e nas unidades;
- Construção de Banco de dados para cada área;
- Participação e apresentação de trabalhos em eventos científicos.



FARMACOVIGILÂNCIA



Ficha de Notificação



FARMACOVIGILÂNCIA - QUEIXA TÉCNICA

COMUNICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE DE MEDICAMENTOS

Nome do Medicamento:	
Fabricante:	R.M.S.:
Lote:	Fabricação: ____/____/____
Validade: ____/____/____	
Data da identificação do problema: ____/____/____	
Assinalar o problema:	
<input type="checkbox"/> Falta do efeito esperado <input type="checkbox"/> Presença de corpo estranho <input type="checkbox"/> Mudança de estado físico <input type="checkbox"/> Mudança de coloração <input type="checkbox"/> Alteração no odor	<input type="checkbox"/> Alteração no sabor <input type="checkbox"/> Ausência de dados importantes na bula <input type="checkbox"/> Ausência de dados importantes no rótulo <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____
Relato do Problema:	
O problema levou a dano ao paciente/profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O problema poderia ter levado a ocorrência de dano ao paciente/profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Unidade da ocorrência:	
Notificador:	
Profissão:	
Telefone de contato:	E-mail:

ATENÇÃO: GUARDE O PRODUTO ENVOLVIDO COM O PROBLEMA OU SUA EMBALAGEM E ENVIE PARA A GERENCIA DE RISCO.

A notificação é confidencial, restrita a Gerência de Risco e não tem caráter punitivo.



FARMACOVIGILÂNCIA COMUNICAÇÃO DE EFEITO ADVERSO A MEDICAMENTOS*

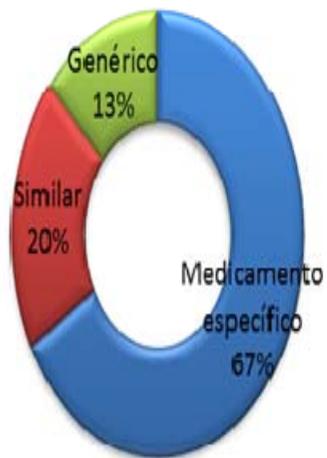
DADOS DO PACIENTE					
Nome do paciente:					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:		Prontuário:		
Leito:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Hepatopata <input type="checkbox"/> Nefropata <input type="checkbox"/> Cardiopata				
DADOS DO MEDICAMENTO					
Medicamento suspeito de causar o efeito adverso:	Dose	Frequência	Via de Adm.	Início do Uso	Fim do Uso
Fabricante:	Lote:	Validade:			
DADOS DO EFEITO ADVERSO					
Dia que apareceu o evento:					
Tipo(s) de efeito(s) adverso(s):					
Relato do problema:					
Evolução relacionada ao efeito adverso:					
<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Risco de morte <input type="checkbox"/> Anomalia Congênita <input type="checkbox"/> Necessitou de internação por consequência da reação			<input type="checkbox"/> Incapacidade persistente ou significativa <input type="checkbox"/> Efeito clinicamente importante <input type="checkbox"/> Efeito pouco importante		
Unidade da ocorrência:					
Notificador:			Profissão:		
Telefone de contato:			E-mail:		

*Efeito Adverso: É um resultado nocivo que ocorre durante ou após o uso clínico de um medicamento.

A notificação é confidencial, restrita a Gerência de Risco e não tem caráter punitivo.

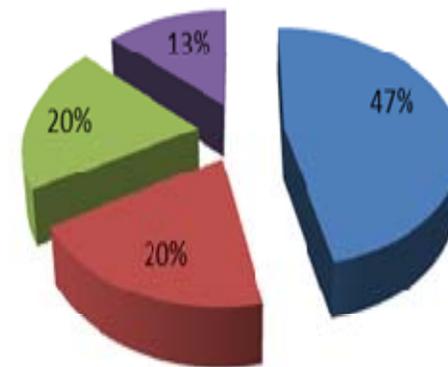
QUEIXA TÉCNICA

Tipos de Medicamentos envolvidos nas notificações



Problema

- Embalagem
- Rótulo
- Presença de corpo estranho
- Inefetividade terapêutica

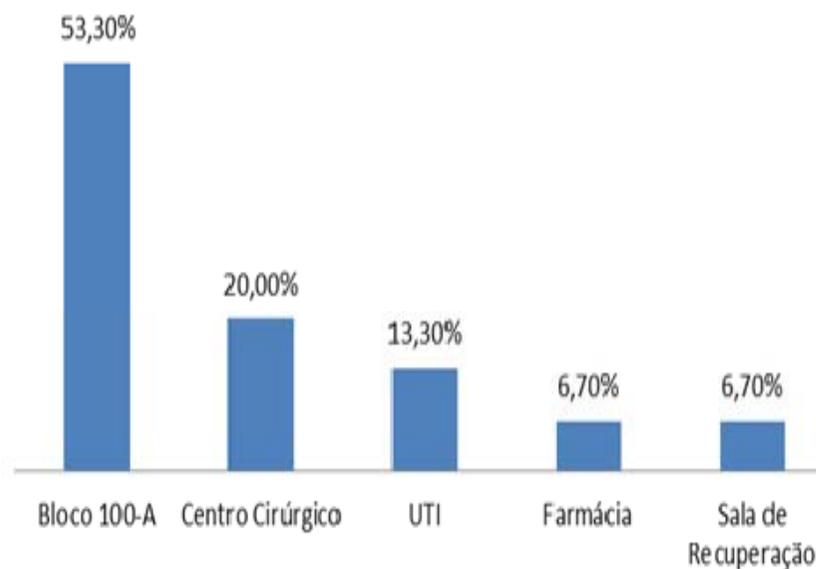


QUEIXA TÉCNICA

Origem da Notificação



Unidade onde aconteceu o problema

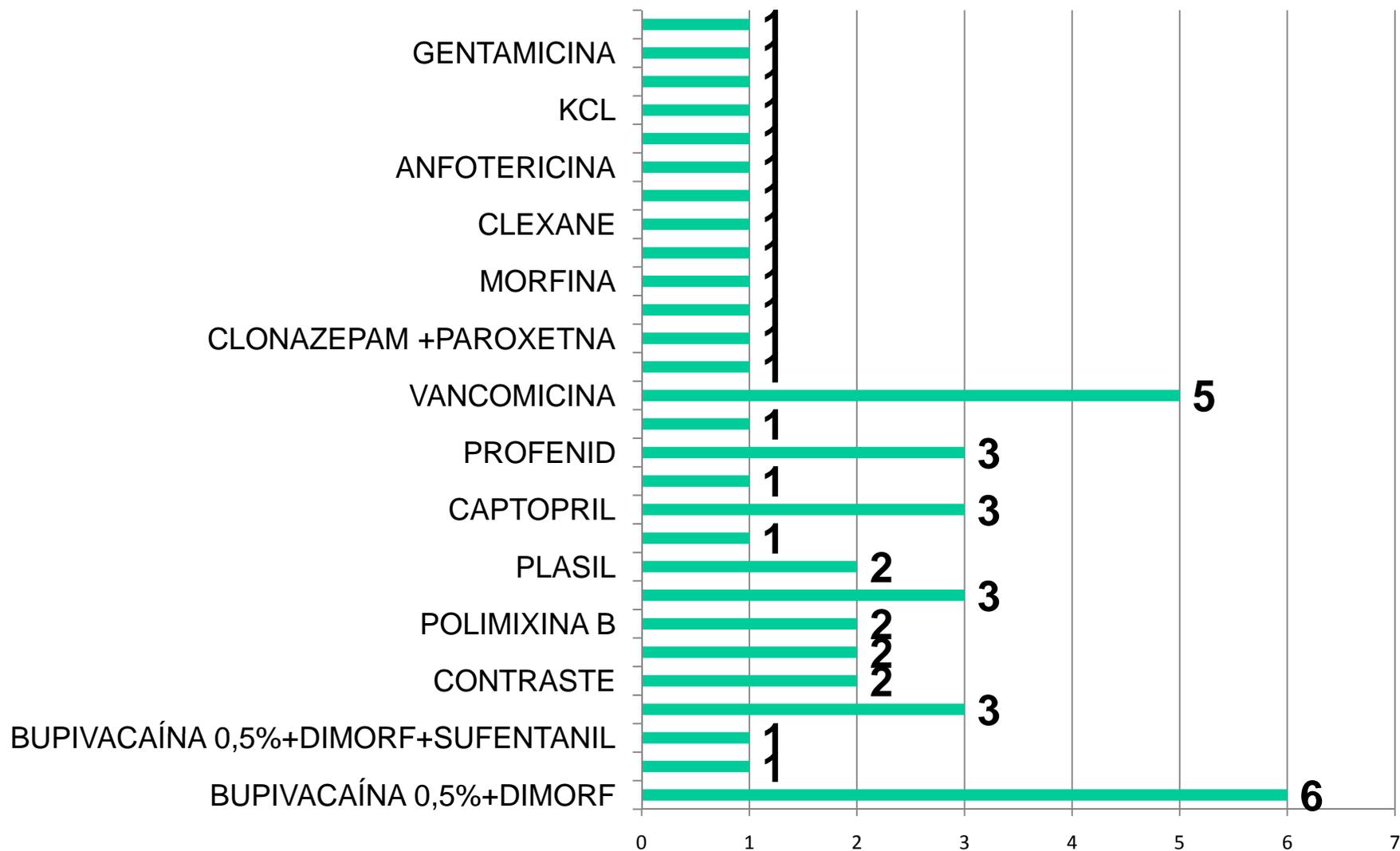


QUEIXA TÉCNICA

Nº de Notificações	Nº de notificações a ANVISA	Mês das Notificações	
15	13	Maio	20%
		Junho	33,4%
		Julho	20%
		Outubro	13,3%
		Novembro	13,3%

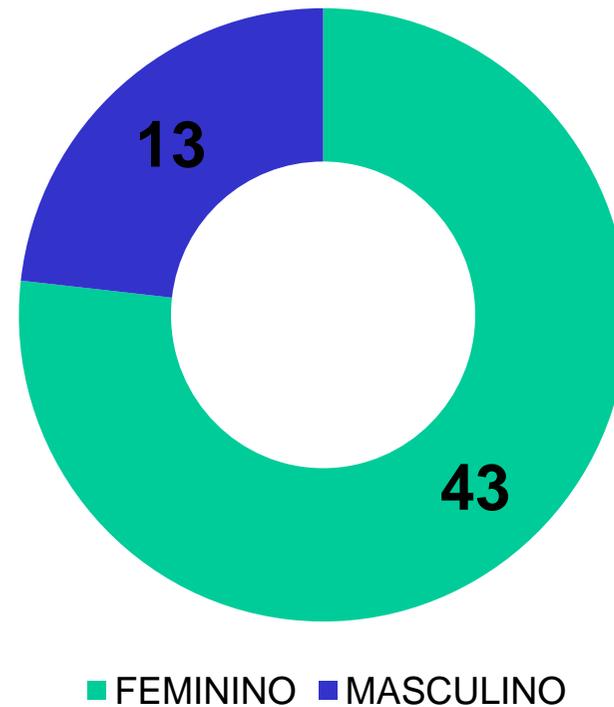
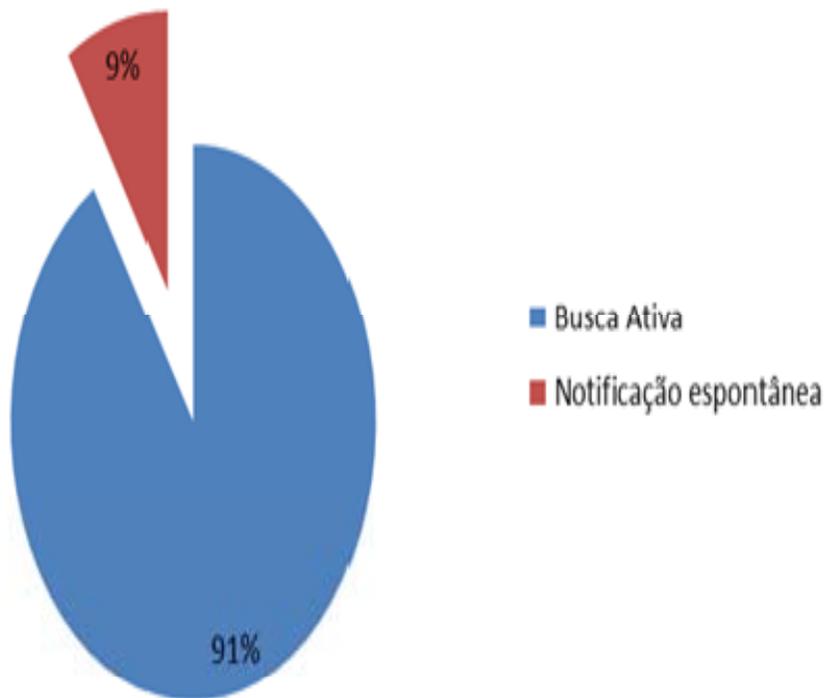
Categoria do profissional notificador	Porcentagem (%)
Enfermeiro	71,4
Médico	28,6

REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAÇÕES

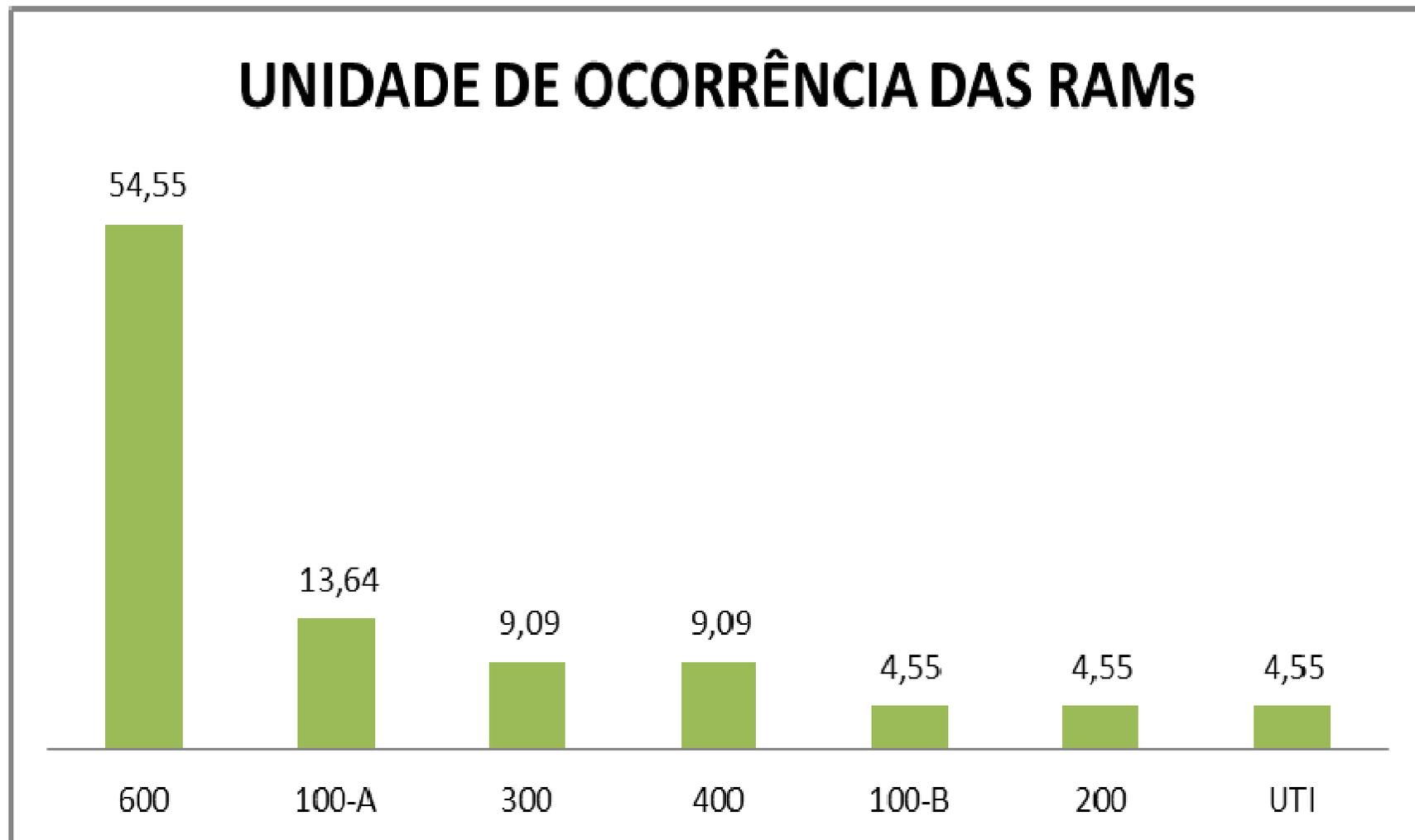


REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAÇÕES

Origem das notificações



REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAÇÕES



TECNOVIGILÂNCIA



Ficha de Notificação



COMUNICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE RELACIONADA A EQUIPAMENTOS

TECNOVIGILÂNCIA

COMUNICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE RELACIONADOS A MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR E EQUIPAMENTOS

Nome do produto:	
Fabricante/Distribuidor:	
Lote:	Fabricação: ____/____/____ Validade: ____/____/____
O incidente ocorreu mais de uma vez com os mesmos produtos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da identificação do problema: ____/____/____
Relato do Problema:	
O problema levou a danos ao paciente/profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	O problema poderia ter levado a ocorrência de danos ao paciente/profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Unidade da ocorrência:	
Notificador:	
Categoria Profissional:	
Telefone de contato:	E-mail:

ATENÇÃO: Se possível, **GUARDE O PRODUTO** envolvido com o problema ou sua embalagem e envie ou entre em contato com a Gerência de Risco.

A notificação é confidencial, restrita a Gerência de Risco e não tem caráter punitivo.

Nome do Produto:	
Fabricante:	Modelo:
Lote:	Validade: ____/____/____
Está na garantia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	Data da identificação do problema: ____/____/____
Relato do Problema:	
Em uso a quanto tempo?	
Foi realizado nesse aparelho alguma reparo/manutenção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	
Se sim, data do(a) último(a):	
Existem outras unidades apresentando o mesmo problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/D	

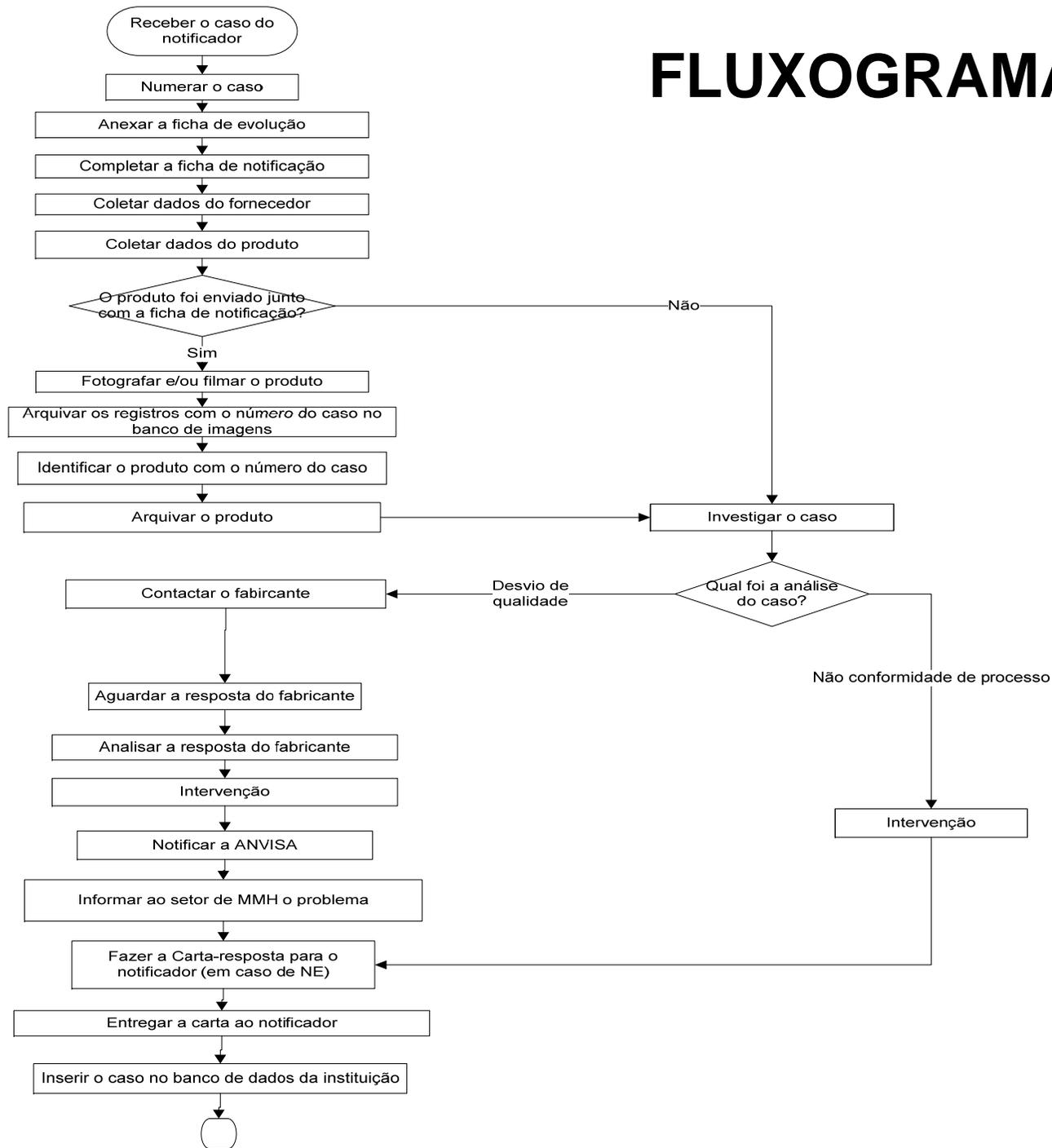
ÁREA RESERVADA A GERÊNCIA DE RISCO

NOTIVISA Nº

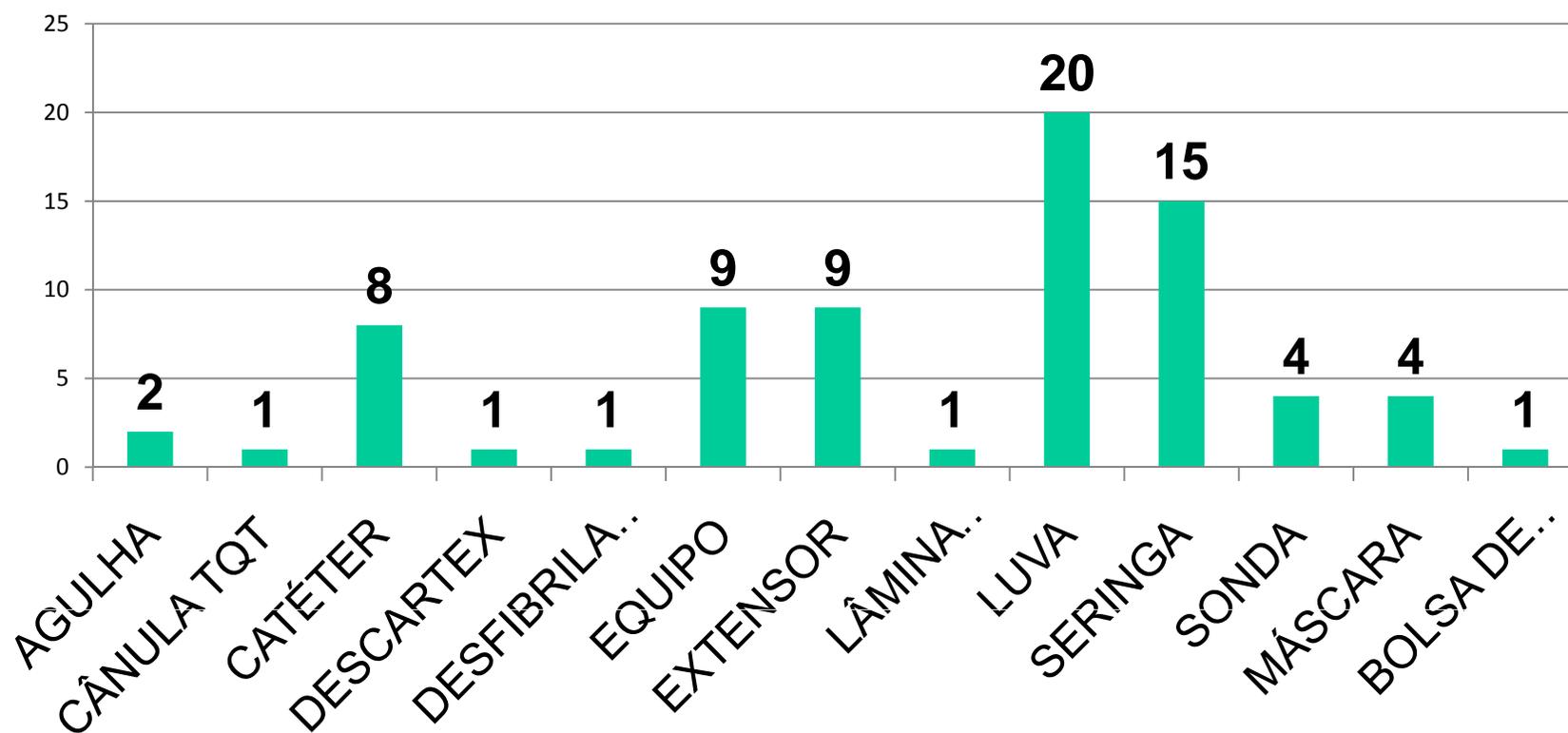
NOTIFICAÇÃO Nº

CNPJ da empresa:	R.M.S.:
UF da empresa:	SAC:
Fornecedor: <input type="checkbox"/> Distribuidora <input type="checkbox"/> Fabricante	E-mail:
Nome da distribuidora:	
Nota fiscal:	Site:
<input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> NE	Nº da carta resposta:

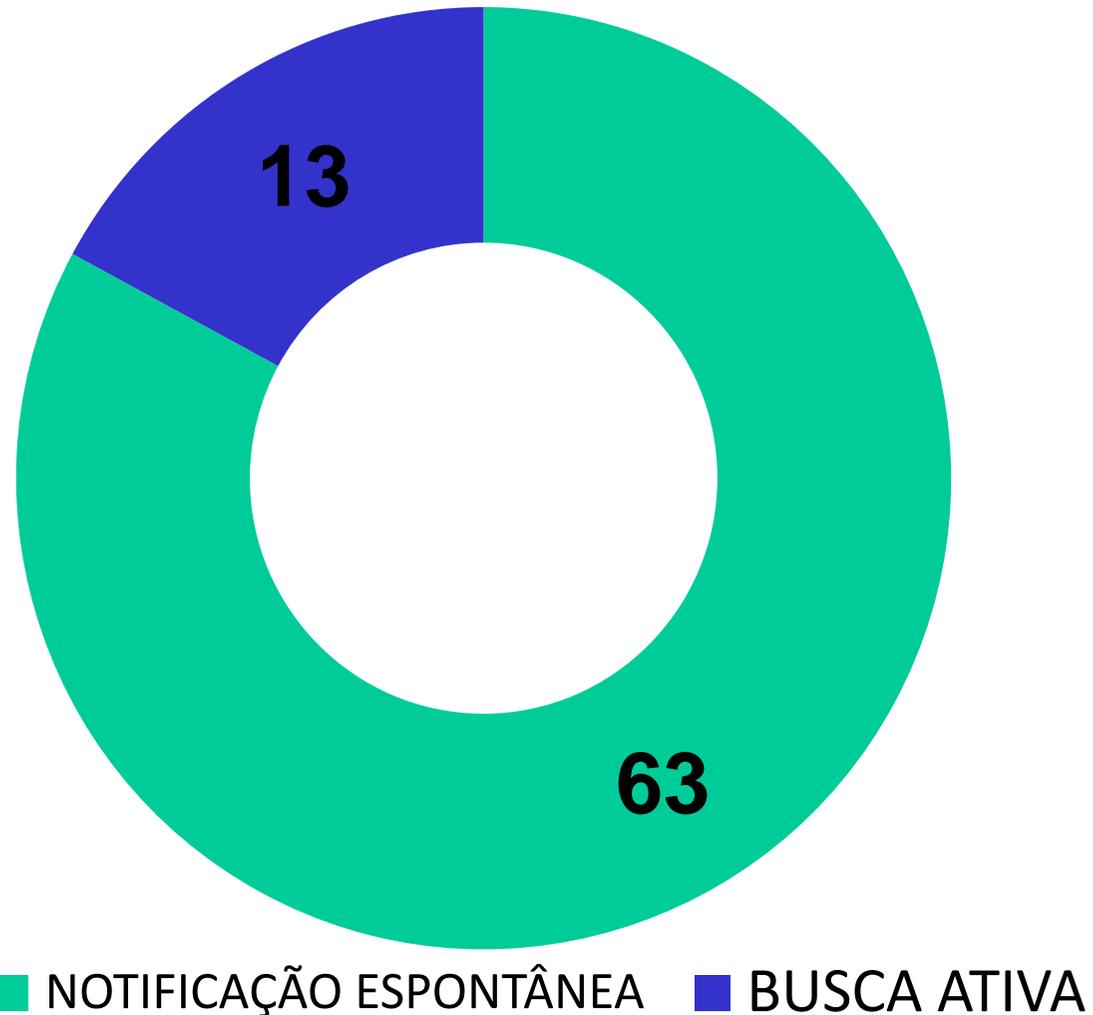
FLUXOGRAMA



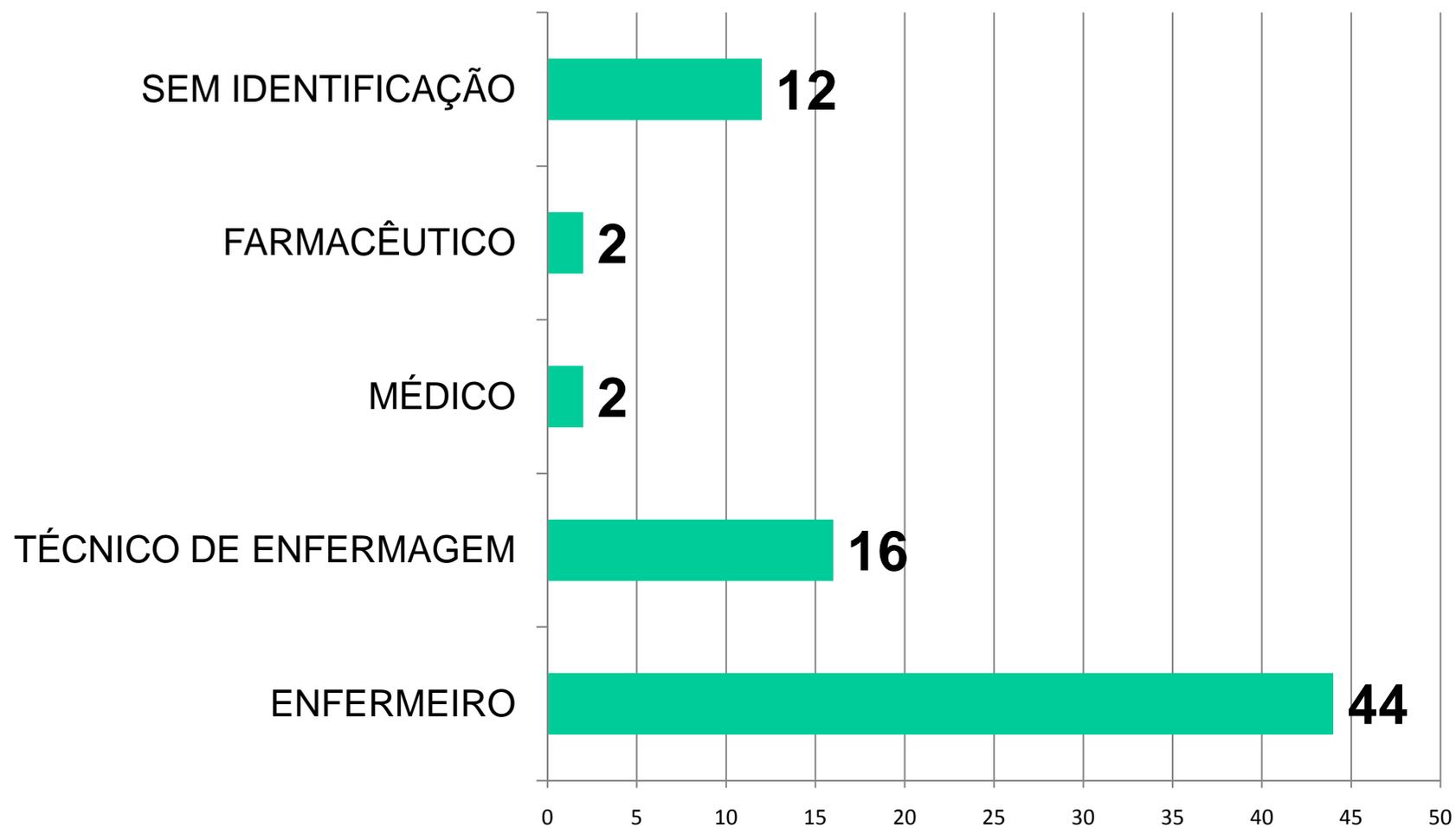
TECNOVIGILÂNCIA



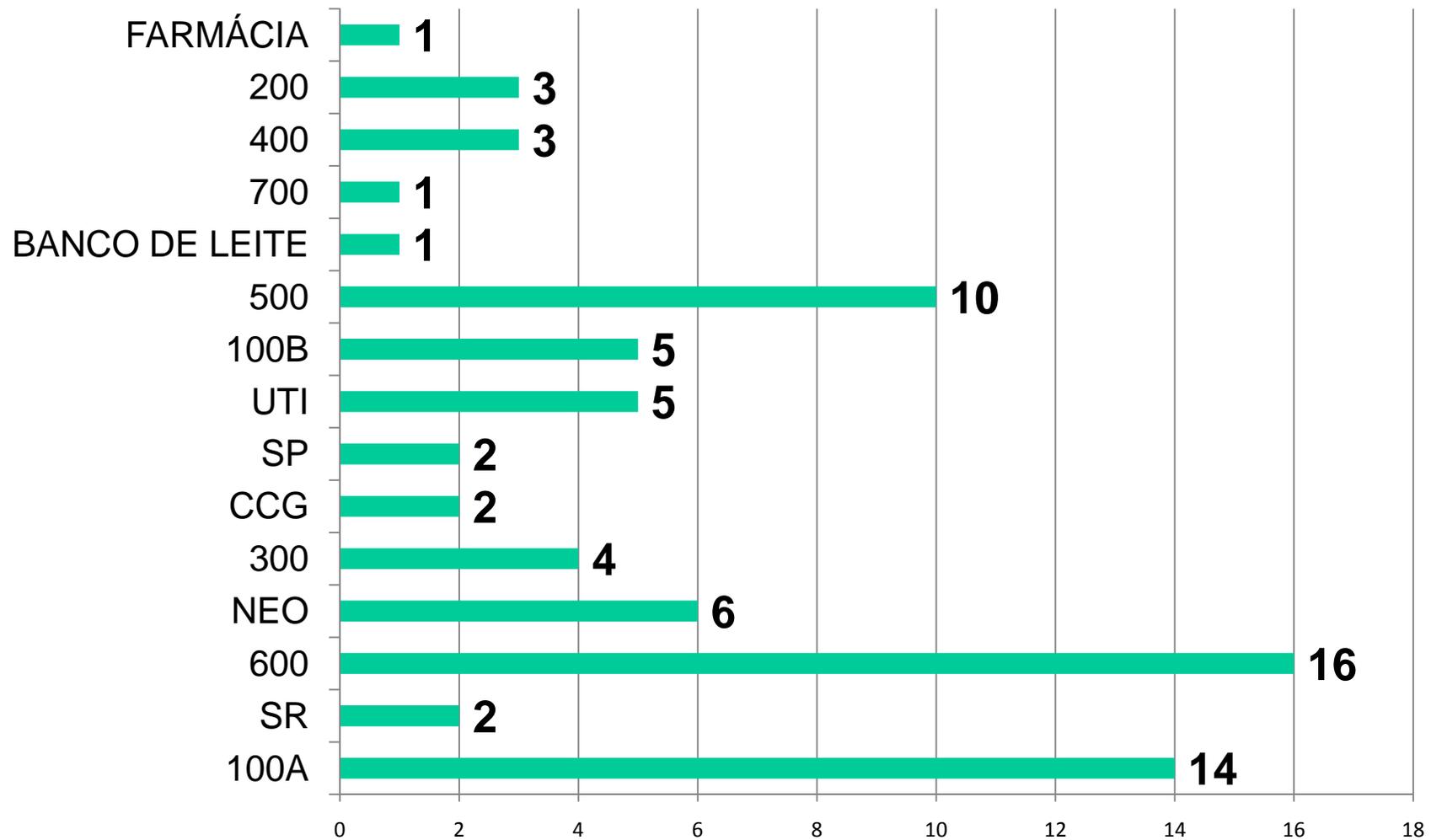
TECNOVIGILÂNCIA



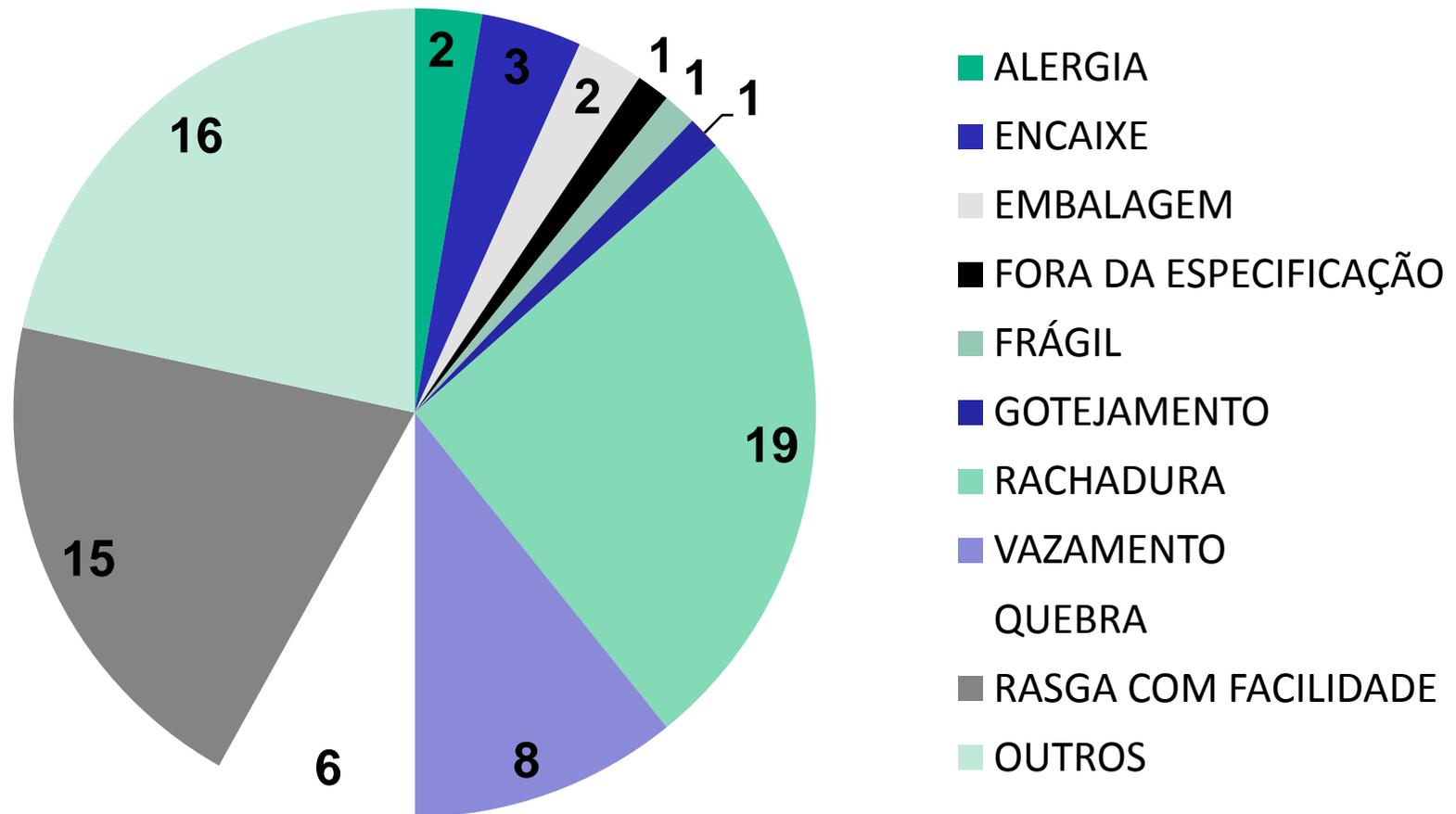
TECNOVIGILÂNCIA



TECNOVIGILÂNCIA



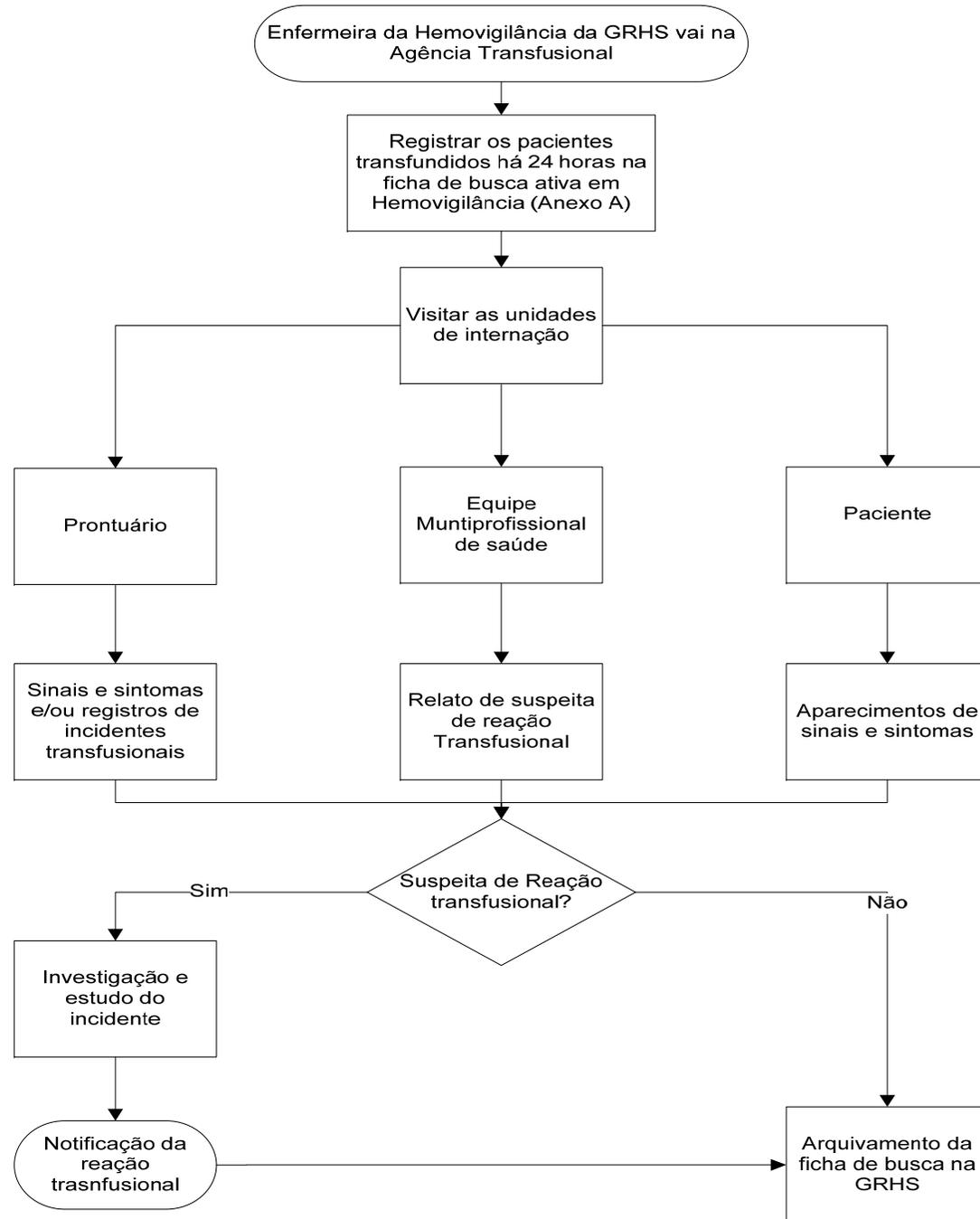
TECNOVIGILÂNCIA



HEMOVIGILÂNCIA



FLUXOGRAMA



FICHA DE BUSCA ATIVA

FICHA PARA BUSCA ATIVA DE REAÇÕES ADVERSAS IMEDIATAS - HEMOVIGILÂNCIA

Data da visita: __/__/__	Data da transfusão: __/__/__	Estagiário/Responsável:
--------------------------	------------------------------	-------------------------

Paciente	Prontuário	Leito	Comp	Número	Data Exame	Hto(%)	Hb(g/dL)	Plaq(/mm ³)	TAP (s)	INR	Fb(mg/L)	Observações
					__/__/__							
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Urticária												

Paciente	Prontuário	Leito	Comp	Número	Data Exame	Hto(%)	Hb(g/dL)	Plaq(/mm ³)	TAP (s)	INR	Fb(mg/L)	Observações
					__/__/__							
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Urticária												

Paciente	Prontuário	Leito	Comp	Número	Data Exame	Hto(%)	Hb(g/dL)	Plaq(/mm ³)	TAP (s)	INR	Fb(mg/L)	Observações
					__/__/__							
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Urticária												

Paciente	Prontuário	Leito	Comp	Número	Data Exame	Hto(%)	Hb(g/dL)	Plaq(/mm ³)	TAP (s)	INR	Fb(mg/L)	Observações
					__/__/__							
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Urticária												

Paciente	Prontuário	Leito	Comp	Número	Data Exame	Hto(%)	Hb(g/dL)	Plaq(/mm ³)	TAP (s)	INR	Fb(mg/L)	Observações
					__/__/__							
<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Calafrio <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipoxemia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Urticária												

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

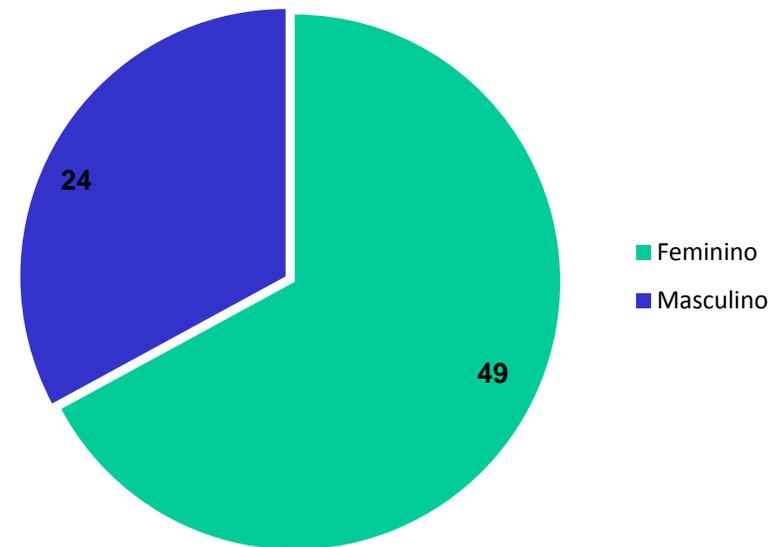
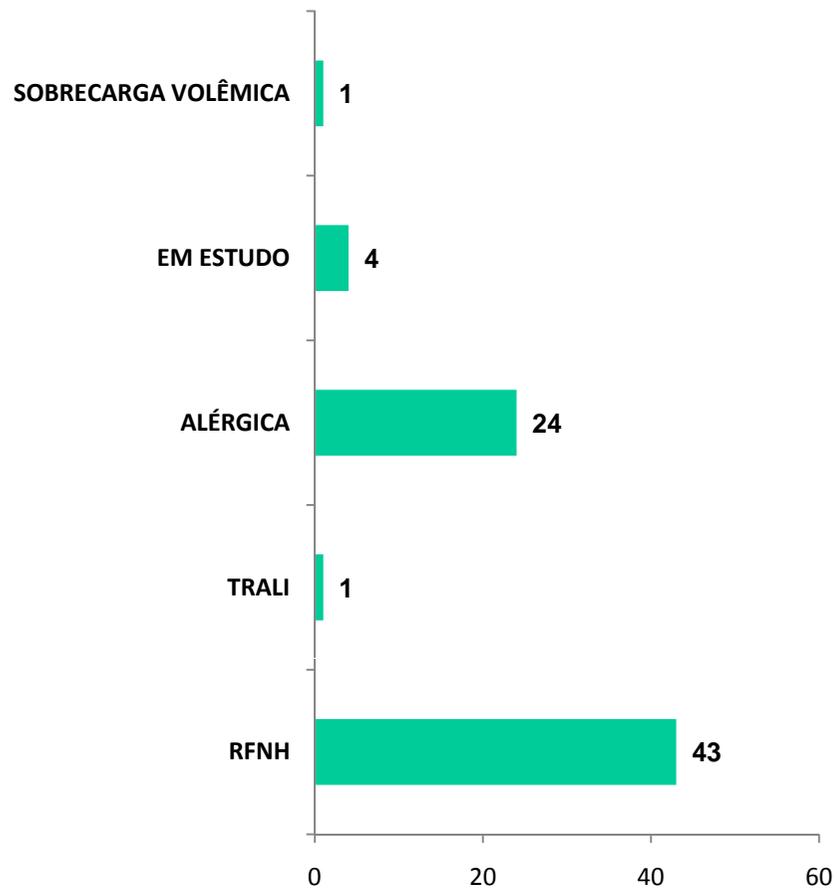


NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS

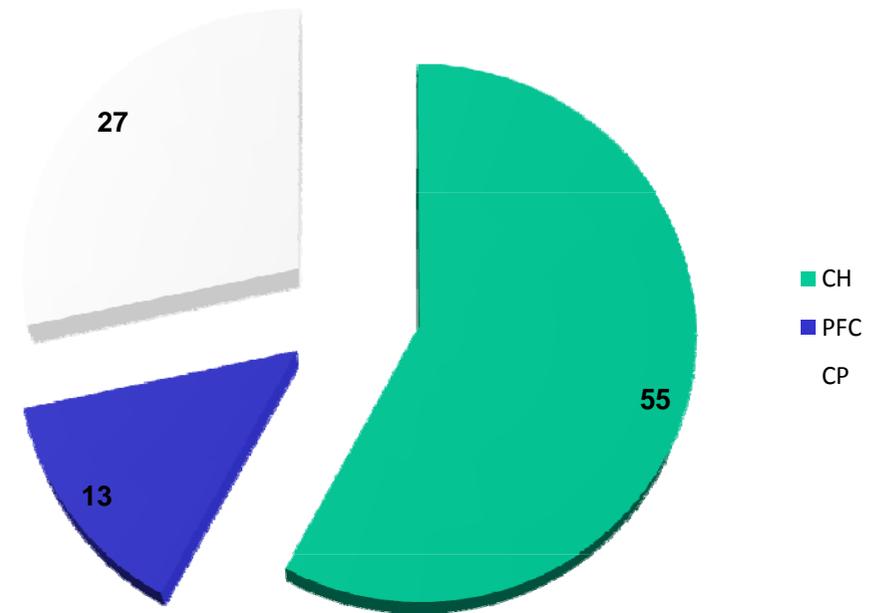
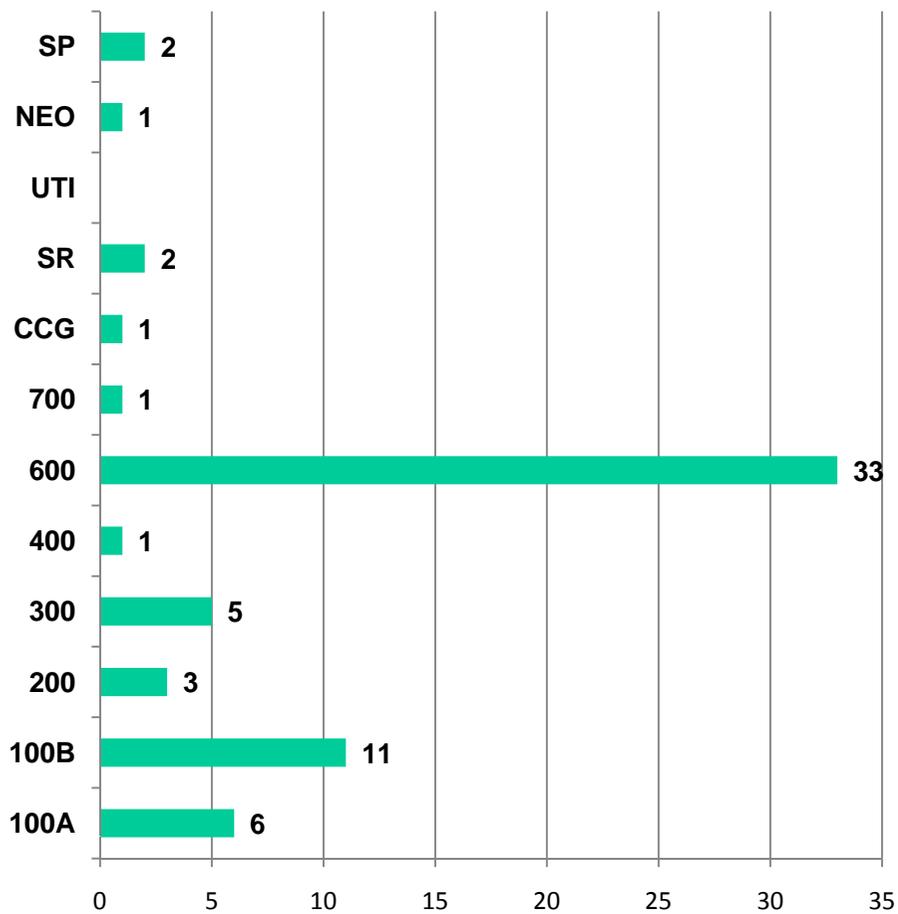
DADOS DO PACIENTE	
Nome do paciente:	
Leito:	<input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Hepatopata <input type="checkbox"/> Nefropata <input type="checkbox"/> Cardiopata
DADOS RELACIONADOS À TRANSFUSÃO	
Indicação da Transfusão:	
Transfusão Prévia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim Se sim: <input type="checkbox"/> Até 5 <input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 <input type="checkbox"/> Mais de 10	
História de incidentes transfusionais prévios? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim	
Se sim, qual? _____	
Tipo de Hemocomponente:	
<input type="checkbox"/> Concentrado de hemácias <input type="checkbox"/> Concentrado de plaquetas <input type="checkbox"/> Plasma fresco <input type="checkbox"/> Crioprecipitado <input type="checkbox"/> Concentrado de granulócitos <input type="checkbox"/> Sangue total	
Nº Hemocomponente: ____ Data de expiração: __/__/__ Data de administração: __/__/__	
DADOS CLÍNICOS / LABORATORIAIS DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL	
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL:	
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> CIVD* <input type="checkbox"/> Hemoglobinúria <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Dor lombar <input type="checkbox"/> Edema agudo de pulmão <input type="checkbox"/> Urticária <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Soroconversão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Cianose Outro: _____	
TIPO DE INCIDENTE SUSPEITO:	
<input type="checkbox"/> Reação hemolítica aguda <input type="checkbox"/> Reação febril não hemolítica <input type="checkbox"/> Reação alérgica leve <input type="checkbox"/> Reação alérgica moderada <input type="checkbox"/> Reação alérgica grave <input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica <input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana <input type="checkbox"/> Edema pulmonar não cardiogênico / TRALI <input type="checkbox"/> Reação hipotensiva Hemólise não imune <input type="checkbox"/> Outro: _____	
DADOS DO NOTIFICADOR	
Unidade da ocorrência:	
Notificador:	
Profissão:	
Telefone de contato:	e-mail:

*CIVD: Coagulação Intravascular Disseminada

HEMOVIGILÂNCIA



HEMOVIGILÂNCIA



OBRIGADA!

Carolina.bezerra@hgcc.ce.gov.br