

AUDITORIA EM SADT

- **Serviços de Apoio Diagnóstico**

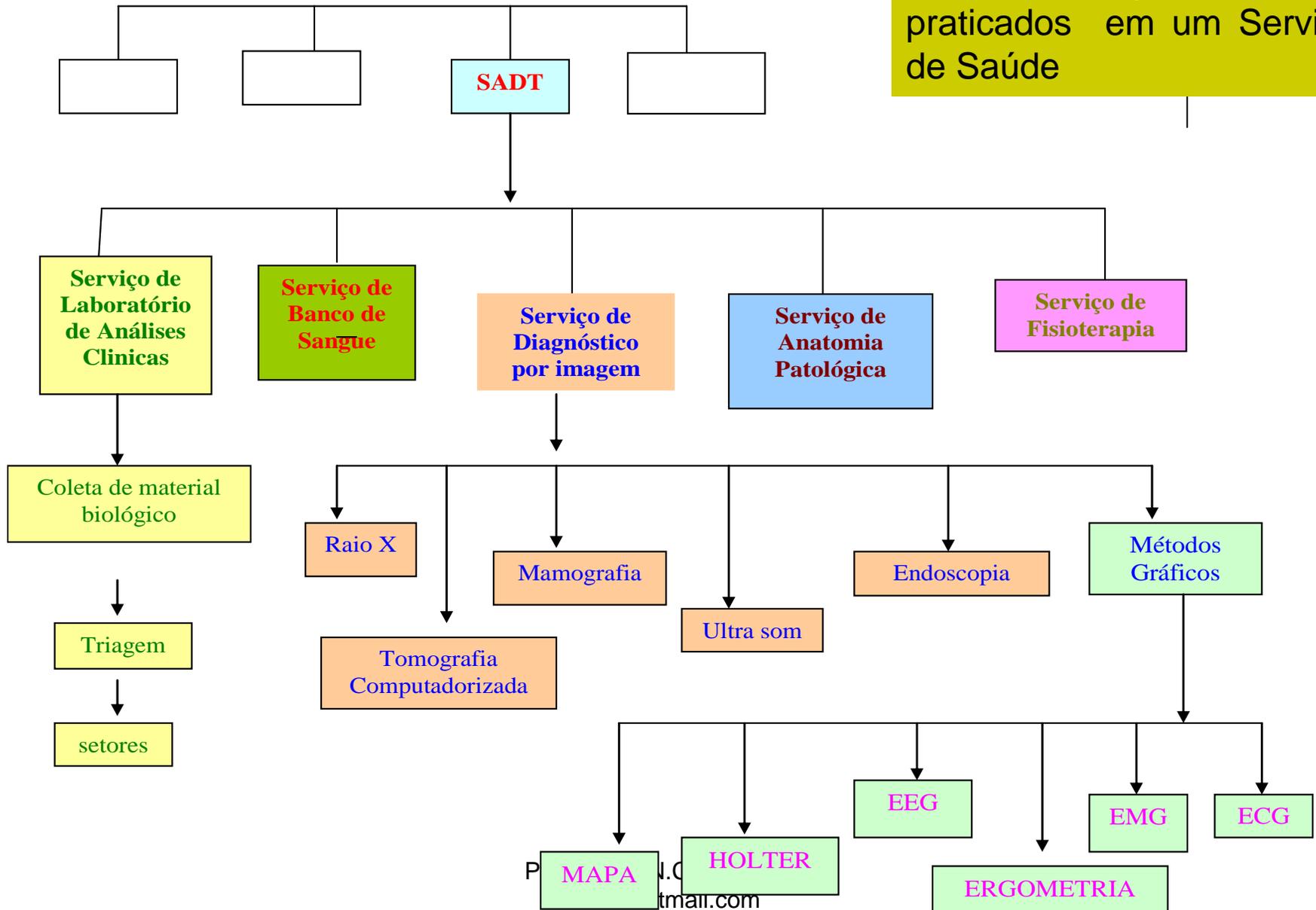
Legislação – Estrutura – Processos – Qualidade –
Pessoas - Tecnologia



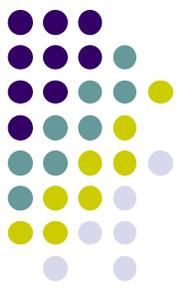
1. Laboratório de Análises Clínicas
2. Diagnóstico por imagem
3. Métodos gráficos
4. Laboratório de Anatomia Patológica
5. Banco de Sangue

Gestão em SADT - Organograma

Estão demonstrados na figura ao lado os serviços mais comuns para o SADT praticados em um Serviço de Saúde



- DEFINIÇÃO -



- RDC50 / 2002 - Atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado de saúde.
- O Serviço de Apoio Diagnóstico e terapêutico é composto por setores que dão suporte ao diagnóstico clínico e ao acompanhamento do tratamento do paciente.
- É importante para a auditoria, definir o perfil do hospital, quais as clínicas e os tipos de exames que são utilizados.

- DEFINIÇÃO -



NECESSÁRIO

- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
- INFORMAÇÃO - PERFIL
- CONHECIMENTO – CHECK LIST

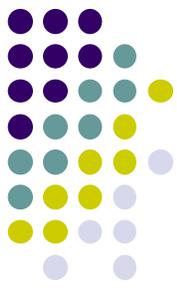
Estrutura

Processos

Resultados

Auditoria

- Obs: Observa-se todos os dados relevantes, estejam eles incluídos nas listas de verificação ou não.

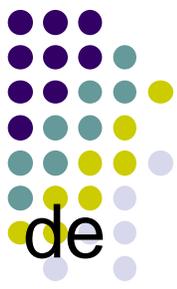


Fases da auditoria em qualidade

- Auditoria analítica - avaliação documental, coleta de informações
- Operativa – roteiro de visita técnica
- Relatório – conclusão e recomendação



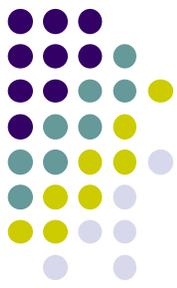
Acreditação - No Brasil temos empresas acreditadoras que verificam o cumprimento de padrões estabelecidos por serviços de sistema de qualidade como a ONA (organização nacional de acreditação), CQH (controle de qualidade hospitalar) entidade que sela o hospital inteiro, o PALC (programa de acreditação de laboratórios clínicos). Em 2008 teve inicio a acreditação NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare organizations) através da empresa norueguesa DNV (Det Norshke Veritas) a ser colocado em prática por empresas que já são acreditadas nível 3 da ONA.



Certificação - é a verificação do cumprimento de padrões estabelecidos pelo próprio serviço seguindo pré requisitos preconizados pela ISO, JCI (joint commission international).

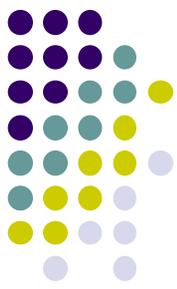
Auditoria determina se:

- Os objetivos da administração como definido no padrão e qualidade são plenamente atingidos.
- Todos estão executando suas atribuições e responsabilidades de forma satisfatória.
- Os procedimentos detalhados no sistema de qualidade estão sendo seguidos.



Programa ISO

- NBR ISO 9.000 Sistema de Gestão de qualidade
- NBR ISO 14.000 Sistema de Gestão ambiental
- NBR ISO 17.025 Requisitos gerais para competência de laboratórios de ensaio e calibração.
- OSHAS 18.000 Segurança do trabalho e medicina ocupacional



- **FNQ** - Em 1991 foi criada a Fundação Nacional da Qualidade com o objetivo de disseminar os Fundamentos da Excelência da Gestão para organizações de todos os setores e portes, para o aperfeiçoamento da gestão, o aumento da competitividade das organizações e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro. Atribui anualmente o Premio Nacional de Qualidade e especificamente para a área hospitalar o PNGS – Premio nacional de gestão em saúde.



- Modelo de Excelência em Gestão disseminado pela FNQ tem como base 11 fundamentos da excelência:
 1. Pensamento Sistêmico;
 2. Aprendizado Organizacional;
 3. Cultura de Inovação;
 4. Liderança e Constância de Propósitos;
 5. Orientação por Processos e Informações;
 6. Visão de Futuro;
 7. Geração de Valor;
 8. Valorização das Pessoas;
 9. Conhecimento sobre o Cliente e o Mercado;
 10. Desenvolvimento de Parcerias
 11. Responsabilidade Social.

Gestão da Qualidade



Programas de acreditação e certificação na Área da Saúde

- CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) / JCI (Joint Commission)
- Programa ISO
- ONA – Organização Nacional de Acreditação
- CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar
- NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations - instituições com acreditação ONA nível 3
- CCHSA – Canadian Council of health services
- PNGS - Prêmio Nacional de Gestão em Saúde.



Conhecendo os Serviços

Legislação dos serviços



Gestão em SADT – Legislação – Laboratório de Análises Clínicas

Portaria CVS – 01 18/ 01/ 00

RDC 302 13/10/2005

Gestão em SADT – Legislação – Diagnóstico por Imagem

Serviços de radiologia - Portaria MS 453 11/06/98

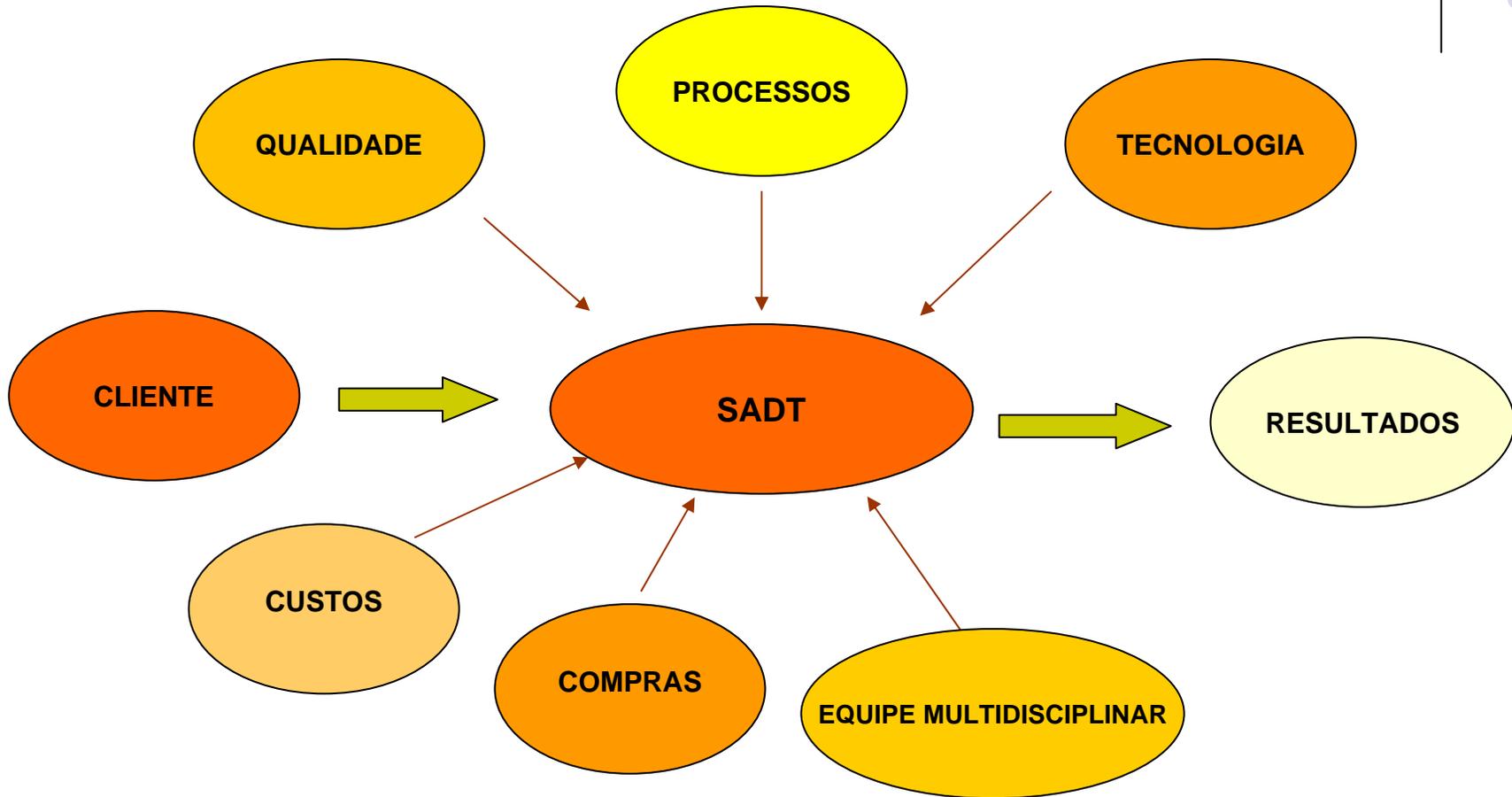
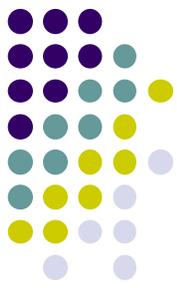
Gestão em SADT – Legislação – Banco de Sangue

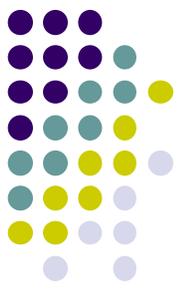
Lei n.º. 7649 25/01/88

Lei n.º.10.205 21/03 /2001

RDC n.º 153, 14 de junho de 2004

Gestão de processos

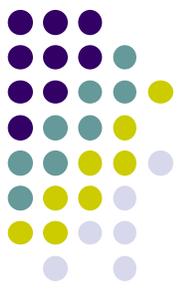




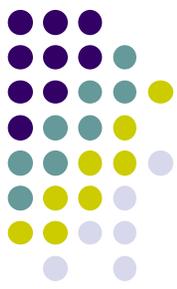
AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS

- CONTRATOS DE CONTROLE DE QUALIDADE EXTERNO
- CONTRATOS COM EMPRESAS TERCERIZADAS
- CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO – MANUAL DE ROTINAS E PROCEDIMENTOS – POPS – BOAS PRÁTICAS
- INDICADORES - VALORES QUE INDICAM O DESEMPENHO DAS AREAS HOSPITALARES

Gestão da Qualidade - Gestão Interna da Qualidade



- **Abaixo seguem algumas ferramentas de gestão que podem ser utilizados em instituições com processos de gestão da qualidade**
- Programa 5 S
- Diagrama de causa e efeito - Ishikawa - 4Ms material – método – mão de obra e maquina (equipamento).
- **5W2H - O Que? Quando? Quem? Por quê? Onde? Como? Quanto Custa?**
- PDCA – Planejar – fazer – controlar- agir.
- BSC – Balanced Scored Card

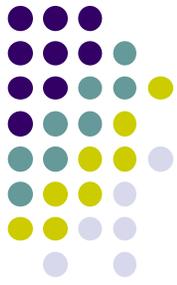


➤ **Legislação pertinente**

- Portaria CVS – 01 18 / 01/ 00
- RDC 302 13/10/ 2005
- NR 32 11/11/2005
- Resolução RDC 306 10/12/2004

➤ **Responsabilidade Técnica -**

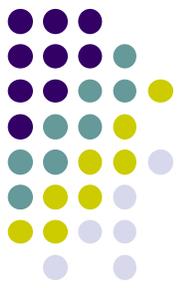
1. Laboratório de Análises Clínicas



Finalidades de um teste laboratorial

- Confirmar, estabelecer ou complementar o diagnóstico clínico.
- Fornecer elementos para o prognóstico de determinadas doenças.
- Estabelecer critérios de “normalidade”.

1. Laboratório de Análises Clínicas



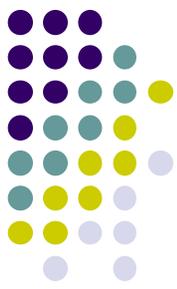
- **Preparo do Paciente / Fluxograma / coleta**
- **Fase Pré Analítica**
- Recepção – cadastro – coleta (identificação) – separação e preparo (triagem // transporte pneumático)
- Aparelhos calibrados – manutenção diária, controle de qualidade interna - soro controle, manutenção preventiva.



Coleta - A coleta é um passo decisivo do processo pois além de ser o momento de tensão para o cliente é onde toda a habilidade do corpo de enfermagem é testado, por isso a apresentação deste setor é muito importante em muitos locais também será o momento do preenchimento do questionário de satisfação.



1. Laboratório de Análises Clínicas



Fase Analítica

- Execução do Exame
- Controle de qualidade interna e externa, POPs(Procedimento Operacional Padrão), Educação Continuada.

Fase Pós Analítica

- Avaliação dos dados, liberação dos laudos, entrega dos resultados
- Questionário de satisfação



E.P.C (EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA) LAVA-OLHOS E CHUVEIRO DE EMERGÊNCIA (EQUIPAMENTO FIXO)



E.P.C (EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA) LAVA-OLHOS DE EMERGÊNCIA - EQUIPAMENTO PORTÁTIL







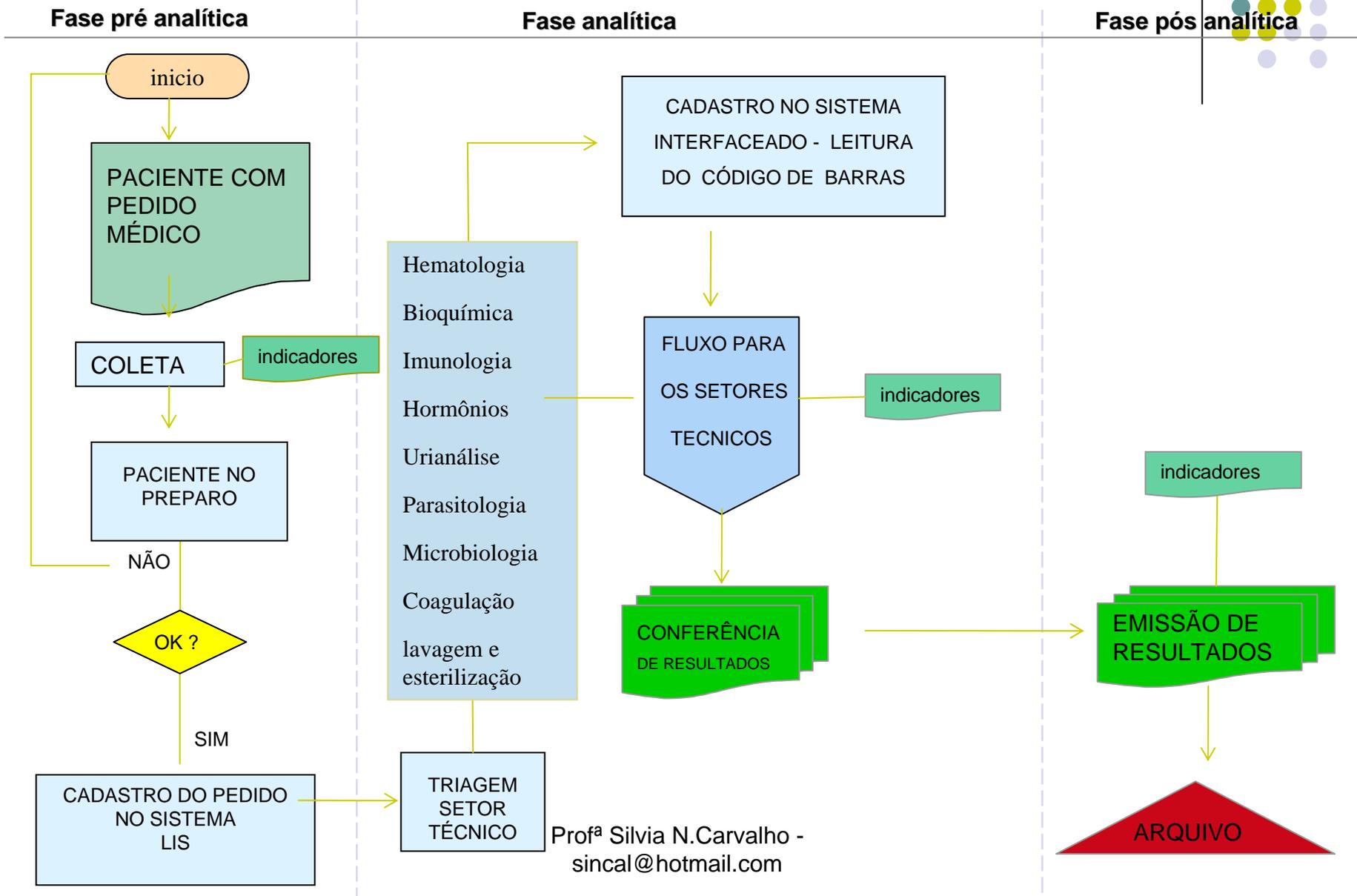




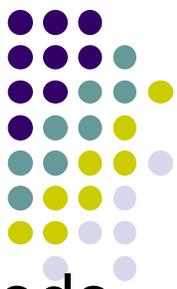


1. Laboratório de Análises Clínicas

FLUXO DO SERVIÇO DE LABORATORIO DE ANÁLISES CLINICAS

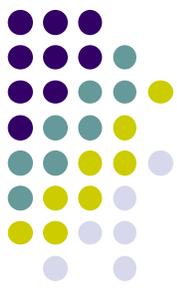


1. Laboratório de Análises Clínicas



INFORMATIZAÇÃO -

A informatização do laboratório permite o controle de todo o processo, desde a marcação do exame até a emissão dos resultados, também gera os dados estatísticos. O primeiro passo seria o interfaceamento dos equipamentos de modo que ele possa “conversar” com o sistema de agendamento LIS (Laboratory Information System). Este sistema além da marcação dos exames emitirá os laudos e fornecerá as informações de estatística e controle de qualidade.



Os itens abaixo são baseados nos roteiros de avaliação do CQH 2008 e ONA 2006

- O setor possui responsável técnico de acordo com a legislação;
- O corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado as necessidades do serviço;
- Há condições operacionais que atendam os requisitos de segurança;
- Há identificação, gerenciamento e controle de riscos;
- Há pias para lavagem das mãos;
- É possível a rastreabilidade da amostra em todas as fases do processo;
- Há condições para a realização de exames na urgência;



- A UTI tem acesso ao monitoramento de gases arteriais e aos serviços de apoio diagnóstico;
- Há escalas acessíveis com técnicos de plantão ativo e a distância nas 24hs;
- O laboratório processa exames de bioquímica, hematologia e microscopia direta;
- Há manuais sobre coleta de amostra, recepção, distribuição interna de amostras e técnicas laboratoriais;
- Há supervisão técnica permanente dos processos na execução dos exames laboratoriais;
- Há registro diário para temperatura dos aparelhos, geladeiras e estufas;
- As solicitações de exame contem informações sobre as condições clínicas do paciente;



- O laboratório garante intercambio formal com os demais profissionais do hospital;
- Há programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto dos processos;
- Há rotina para verificação dos resultados dos exames antes da sua emissão;
- A entrega dos exames é feita em tempo hábil para sua utilização;
- Ocorre monitoramento de indicadores em todas as fases do processo;
- Os resultados dos exames dos últimos 5 anos estão arquivados e de fácil acesso;



- São realizados controles internos e externos de qualidade no laboratório;
- Há identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- Há indicadores com curva de tendência em todas as fases do processo;
- Há sistemas de planejamento e melhoria continua em termos de estrutura, novas tecnologias e atualização tecno-profissional e procedimentos;
- Há reuniões de análise crítica do desempenho do setor.

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Preparo do paciente / Termo de consentimento

Exames

- Ressonância magnética – princípios básicos
- Tomografia computadorizada – princípios básicos
- Raios-X / Exames contrastados
- Mamografia
- Angiografia
- Ultra som
- Métodos gráficos - EEG – ECG – EMG – Ergometria - Holter -

MAPA

- Endoscopia – colonoscopia – broncoscopia
- Serviços de apoio – serviços externos

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

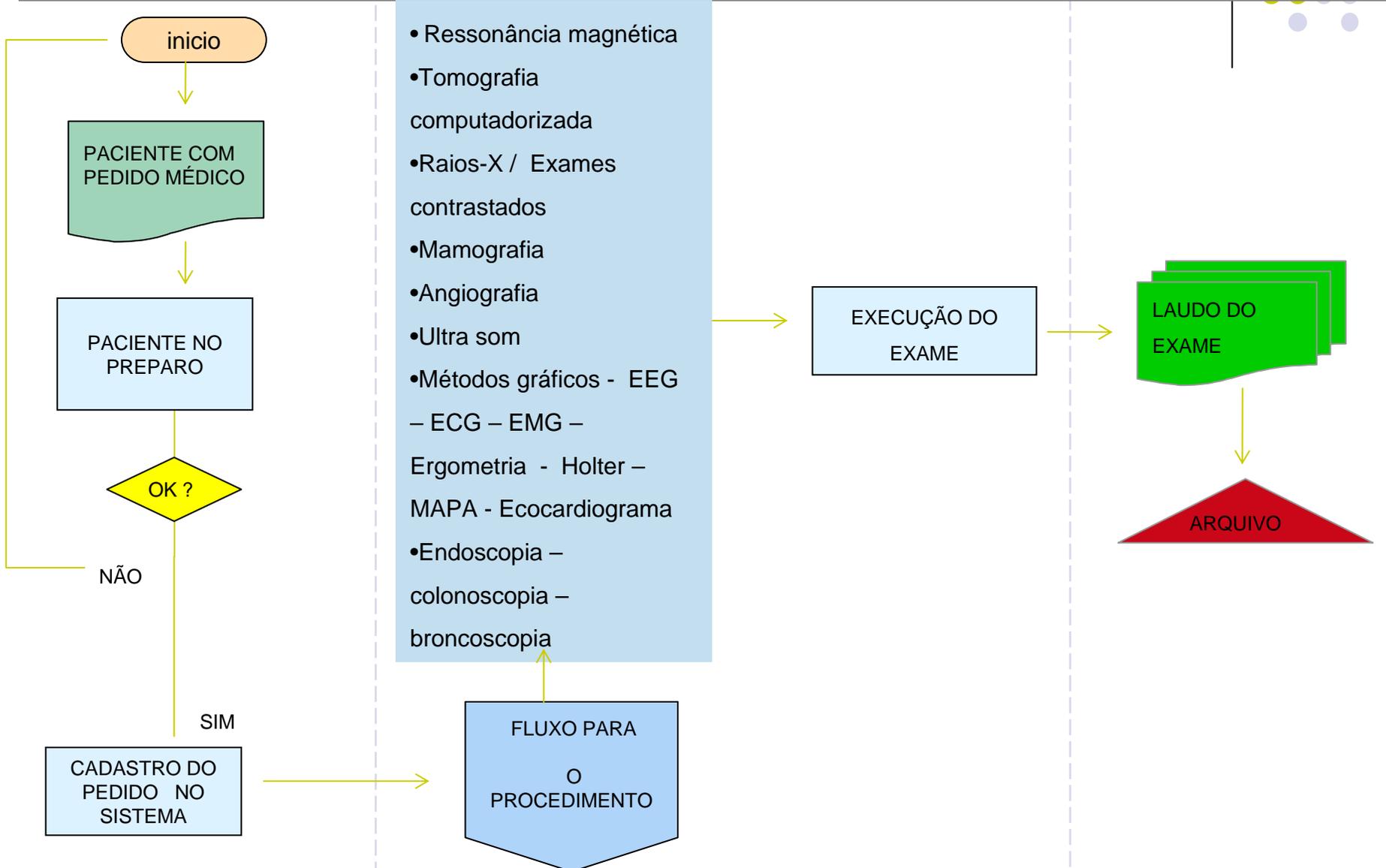


FLUXO DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

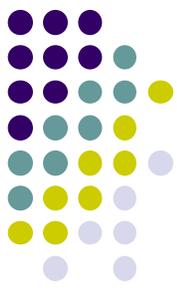
Fase pré procedimento

Fase exames

Fase resultados



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Ressonância Magnética



Ressonância Magnética



Equipamento que realiza o exame trabalha com campo magnético e através de sinal emitido pelos núcleos dos átomos de hidrogênio de uma determinada estrutura a ser analisada sob o efeito de um campo magnético, criando imagens multiplanares. O contraste utilizado é o GD- DTPA, Gadolínio.

Dosimetria



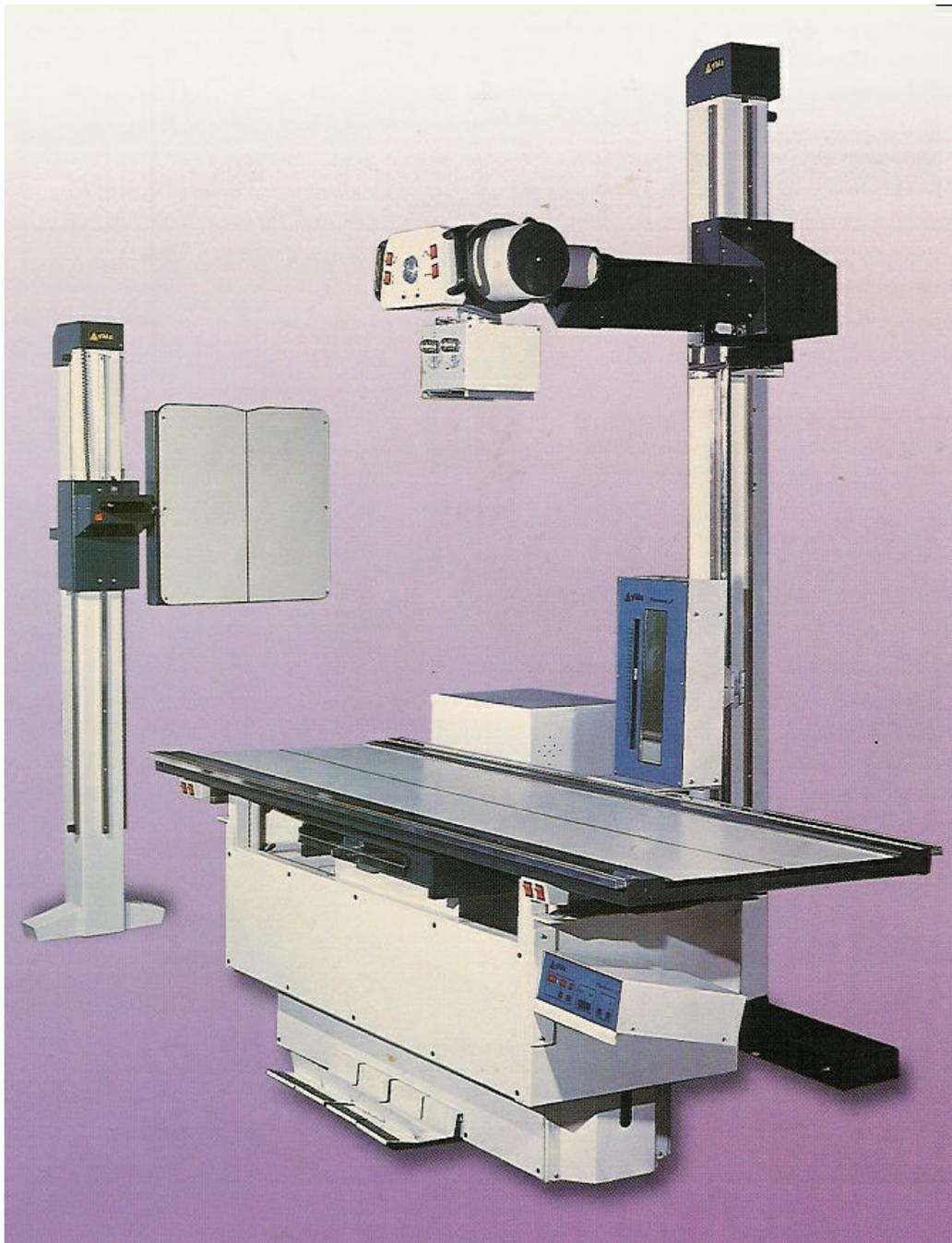
DESCRIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS	FINALIDADE DE USO	ÁREAS ENVOLVIDAS
AVENTAL PLUMBÍFERO	Destinado a proteção torácica, para uso do funcionários e/ou acompanhante nas eventuais necessidades de exposições à radiação ionizante por ocasião de acompanhamento a cliente durante a execução dos exames radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • TOMOGRAFIA • RAIO X • MAMOGRAFIA (Acompanhante)
PROTETOR DE TIREÓIDE	Destinado a proteção torácica, para uso do funcionários e/ou acompanhante nas eventuais necessidades de exposições à radiação ionizante por ocasião de acompanhamento a cliente durante a execução dos exames radiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • TOMOGRAFIA • RAIO X • MAMOGRAFIA (Acompanhante)
ÓCULOS PLUMBÍFERO	Destinado a proteção ocular para o uso do funcionário durante a execução dos exames radiológicos com Fluoroscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Raio X (Exames com Fluoroscopia)
PROTETOR DE GÔNADAS	Para uso do cliente nas exposições à radiação ionizante, quando aplicável.	<ul style="list-style-type: none"> • TOMOGRAFIA • RAIO X
LUA PLUMBÍFERA	Destinado a proteção ocular para o uso do funcionário durante a execução dos exames radiológicos com Fluoroscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Raio X (Exames com Fluoroscopia)

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

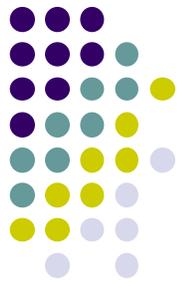


Tomografia Computadorizada

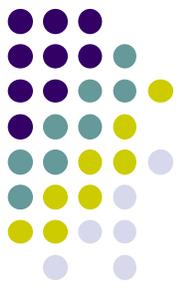




Raio X



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Arco em C



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



RAIO X



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Mamografia



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



ANGIOGRAFIA



2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Programas de Qualidade em Radiologia

- Programa de garantia da qualidade em radiologia médica-
Resolução SS – 625 item 6.6 e portaria 453
- Qualificação profissional - SPR – supervisor de proteção radiológica, cronograma de treinamento técnico –
- Responsabilidade técnica – dosímetro – Monitoração individual guardado por no mínimo 30 anos após o termino da atividade exercida pelo individuo monitorado.
- Levantamento radiométrico ambiental – fuga de radiação
- Planilhas periódicas

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



INFORMATIZAÇÃO - LAUDOS – ENVIO DE IMAGENS- PACS

Alguns sistemas desenvolvem especificamente a digitalização, o armazenamento e a distribuição de imagens, mais conhecidos como PACSs (Picture Archiving and Communication System). Utilizados em larga escala nos centros médicos de países desenvolvidos há mais de 20 anos, os PACSs são um sistema de arquivo e comunicação voltado para o diagnóstico por imagem que permite acesso imediato, em qualquer setor de hospital ou clínica, das imagens médicas em formato digital. Pode ser dividido em quatro subsistemas: aquisição, exibição, disponibilização e armazenamento. O subsistema disponibilização compreende outro menor, porém, não menos importante, que trata da distribuição das imagens. Originalmente criado para utilização hospitalar interna, o PACS conectou-se ao ambiente externo por meio dos recursos da Internet.

- **INFORMATIZAÇÃO - LAUDOS – ENVIO DE IMAGENS- PACS - SEDI**

Trata-se de uma central exclusivamente dedicada a emitir resultados para os exames de imagem realizados em hospitais, ambulatorios e outros centros públicos de saúde do estado de São Paulo. Cinquenta radiologistas se concentram na sede do Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem (Sedi), diariamente, 24 horas por dia, para produzir resultados de mamografias, ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas e raios X. A meta é chegar a 1,5 milhão de resultados mensais até 2011, quando cinquenta hospitais da rede estadual deverão estar integrados ao serviço. "Estamos inaugurando uma nova era", diz o governador José Serra. "Com o Sedi, é possível oferecer diagnóstico de qualidade nos locais mais distantes do estado, que nem sempre contam com profissionais especializados para isso."

Com o novo sistema, os laudos ficam prontos em trinta minutos, em média – contra os dez a quinze dias de prazo do passado.

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Endoscopia



www.cccastelo.com.br/images/endoscopio



materdei.com.br

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



ENDOSCOPIA BRONCOSCOPIA COLONOSCOPIA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - EDA

A realização dos procedimentos, emissão de laudos e registro dos resultados é de responsabilidade do médico habilitado e qualificado. É necessário que o médico seja acompanhado por um profissional de enfermagem por sala. Estes procedimentos consistem na introdução de equipamento de vídeo endoscópio, que se adaptam a câmeras que fotografam áreas desejadas. Por serem considerados invasivos concorrem para uma série de particularidades quanto a estrutura física do serviço, administração de medicamentos e/ou sedação, consentimento e orientação do paciente e desinfecção dos equipamentos.

É possível realizar biopsias e procedimentos terapêuticos específicos para cada lesão encontrada.

2. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM



Endoscopia digestiva baixa – Colonoscopia

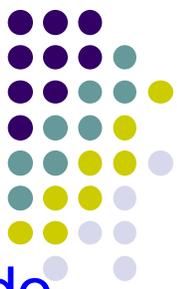
Procedimento para visualização do tubo digestivo com ênfase no jejuno e íleo . Uso de anestesia durante todo o procedimento requer a presença de medico anestesista.

Procedimento por cápsula endoscópica - paciente ingere a cápsula que emite imagens contínuas durante períodos variáveis dependendo do tipo de exame, esôfago, intestino delgado ou intestino grosso.. A cápsula vai seguindo os movimentos peristálticos e as imagens são captadas por um computador pequeno colocado na cintura do paciente. O laudo é realizado quando faz-se o download das imagens . A vantagem deste procedimento é que não é invasivo.



Os itens abaixo são baseados nos roteiros de avaliação do CQH 2008 e ONA 2006

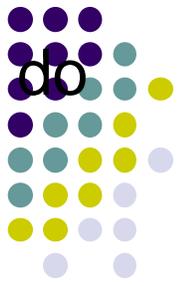
- O setor possui responsável técnico de acordo com a legislação;
- O corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado as necessidades do serviço;
- Há condições operacionais que atendam os requisitos de segurança;
- Há identificação, gerenciamento e controle de riscos
- Há pias para lavagem das mãos;
- É feito controle personalizado da radiação recebida durante o trabalho (dosímetro) no DI;



- Todos os exames processados tem identificação contendo nome, registro do paciente e data;
- Nos estudos invasivos há pessoal de enfermagem de apoio, é fornecida para a equipe paramentação adequada;
- A entrega dos exames é feita em tempo hábil para sua utilização;
- Há condições para a realização de exames na urgência, com materiais, equipamentos e medicamentos;
- Há verificação periódica de fugas de radiação na área física do Serviço de Diagnóstico;

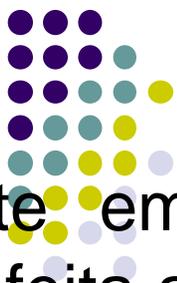


- Os exames radiológicos com contraste são realizados por médico, os pacientes são orientados, há material de ressucitação Cardio respiratória disponível no local;
- Os exames de maior complexidade são solicitados de acordo com critérios definidos junto ao corpo clinico;
- A UTI tem acesso aos serviços;
- Há escalas acessíveis com técnicos e médico radiologista de plantão ativo e a distancia nas 24hs;
- Há manuais de rotina e procedimentos do Serviço de Diagnostico por imagem;
- Há programa de educação e treinamento continuado com evidencias de melhoria e impacto dos processos;
- Há rotina para verificação dos resultados dos exames antes da sua emissão;



- Ocorre monitoramento de indicadores em todas as fases do processo;
- Os exames dispõem de laudo assinado por médico responsável com cópias dos mesmos de fácil acesso;
- Os laudos radiológicos dos últimos 5 anos estão arquivados de forma eletrônica ou convencional de fácil acesso;
- Há troca formal de opiniões entre o corpo clínico e os médicos responsáveis pelos exames radiológicos;
- Há identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- Há indicadores com curva de tendência em todas as fases do processo com pelo menos três resultados consecutivos;
- Há sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias e atualização tecno-profissional e procedimentos;
- Há reuniões de análise crítica do desempenho do setor;

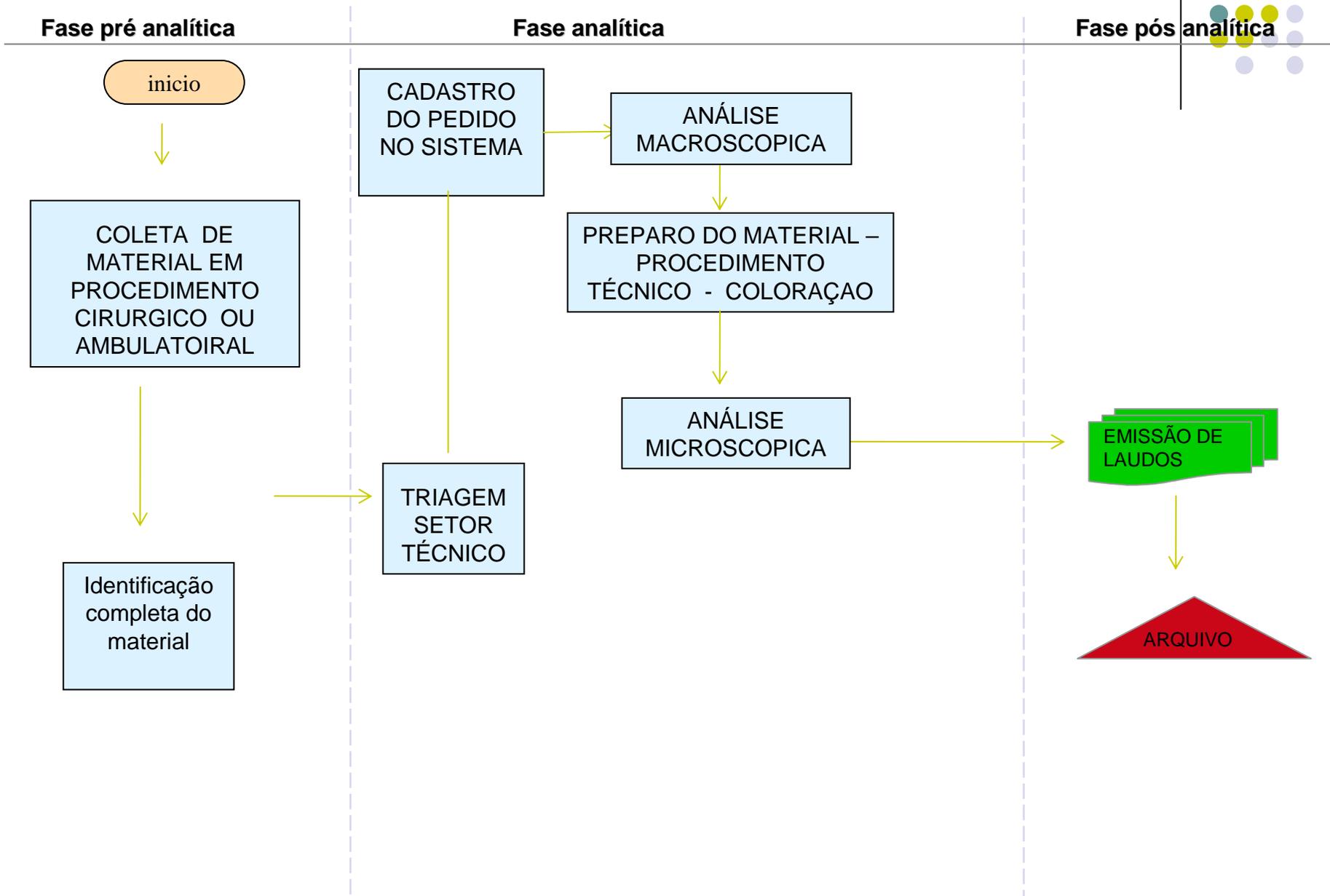
4. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

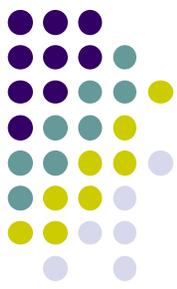


- Coleta – as amostras são coletadas geralmente em hospitais, consultórios e ambulatório onde pode ser feita a biopsia durante o ato cirúrgico (congelação) Elas devem ser imediatamente identificadas através de código alfa numérico e acondicionadas de acordo com a exigência do laboratório de anatomia patológica. Desse modo dependendo do tipo de protocolo usado no hospital, de cada tumor ou lesão pode-se retirar diversas peças sendo que cada uma terá um frasco e sua identificação em separado.
- Triagem – o laboratório recebe a amostra registra e identifica de modo a evitar troca de material.

4. SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

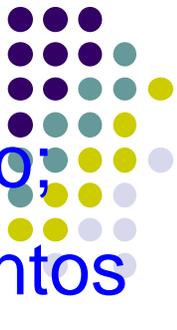
FLUXO DO SERVIÇO DE LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA





Os itens abaixo são baseados nos roteiros de avaliação do CQH 2008 e ONA 2006

- O setor possui responsável técnico de acordo com a legislação;
- O corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado as necessidades do serviço;
- Há condições operacionais que atendam os requisitos de segurança;
- Há identificação, gerenciamento e controle de riscos;
- Há pias para lavagem das mãos;
- Todos os exames processados tem identificação contendo nome, registro do paciente e data;

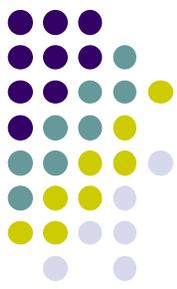


- É feita biopsia de congelação no Centro Cirúrgico;
- Há Manuais escritos para os procedimentos Anátomo Patológicos;
- O anátomo patologista participa de reuniões anátomo clinicas e discussão de casos;
- Há escalas acessíveis com técnicos e médicos de plantão ativo;
- Há programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto dos processos;
- Há rotina para verificação dos resultados dos exames antes da sua emissão.



- A entrega dos exames é feita em tempo hábil para sua utilização;
- Ocorre monitoramento de indicadores em todas as fases do processo;
- Os exames dispõem de laudo assinado por médico responsável com cópias dos mesmos de fácil acesso;
- Há identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- Há sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias e atualização técnico-profissional e procedimentos;
- Há reuniões de análise crítica do desempenho do setor.

5.SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE



LEGISLAÇÃO

- Lei n°. 7649 25/01/88 estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado visando prevenir a propagação de doenças e dá outras providências.
- Lei n°.10.205 21/ 03 /2001 regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e da outras providências.

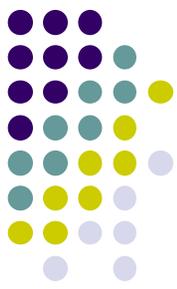
5.SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE



- Portaria n°.121 de 24 de novembro de 1995
- Institui o roteiro para inspeção em Unidades Hemoterápicas e determina o cumprimento das Normas Gerais de Garantia de Qualidade para Unidades Hemoterápicas.
- RDC n° 153, 14 de junho de 2004 Determina o Regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte , o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.
- RDC n° 17, DE 31 DE JANEIRO DE 2006. Instituir Grupo Técnico - GT para garantir a implementação dos sistemas de Avaliação Externa da Qualidade dos testes imunohematológicos e sorológicos em Serviços de hemoterapia.



5.SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE

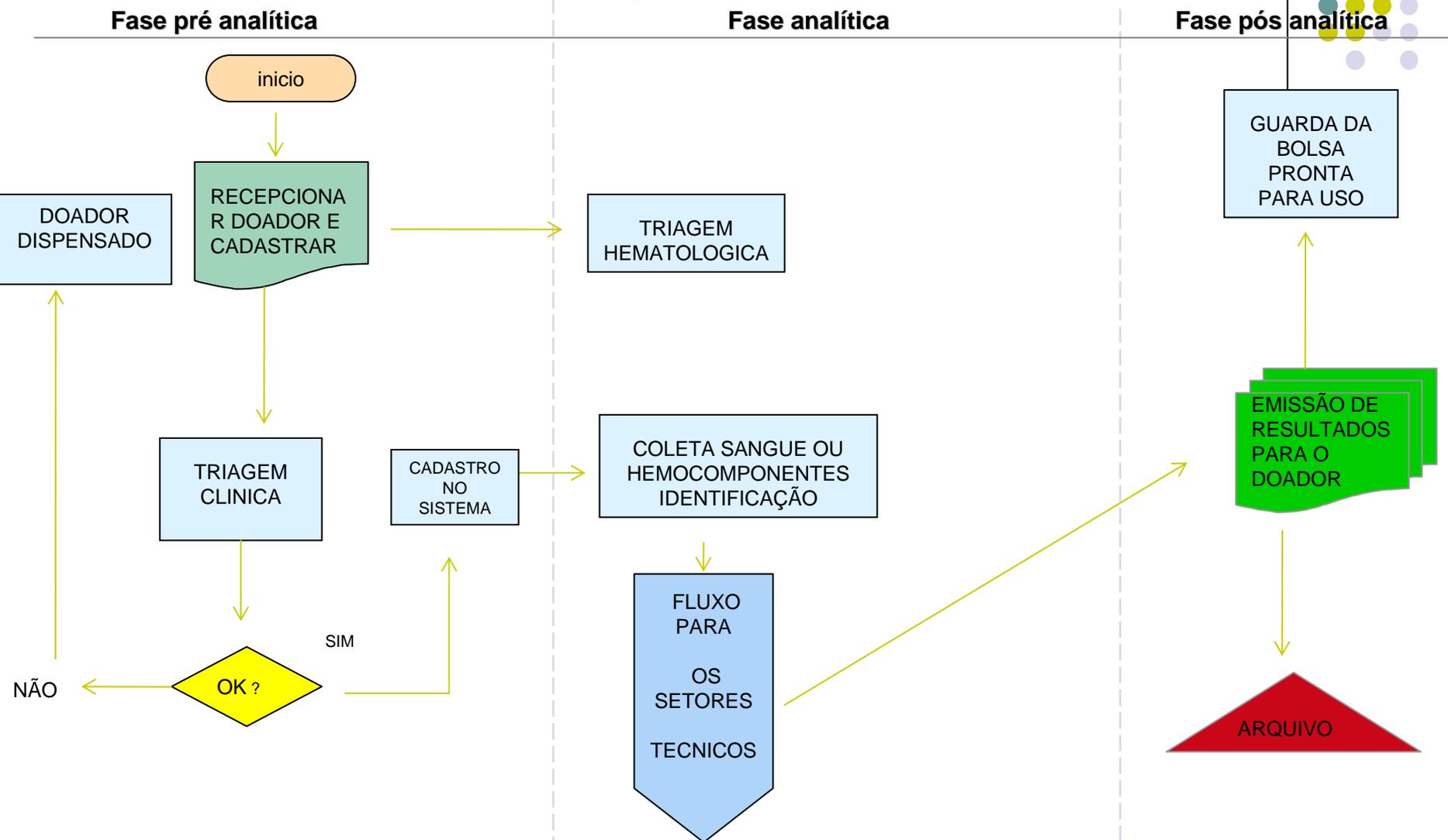


Fluxo do Serviço

- Recepcionar e registrar doadores – manter arquivo
- Fazer triagem hematológica e clínica dos doadores
- Coletar sangue ou hemocomponentes
- Prestar assistência nutricional e cuidados médicos aos doadores
- Processar o sangue e analisar as amostras coletadas
- Emitir laudo de análise realizada
- Fazer a liberação e rotulagem dos produtos após o resultado das análises laboratoriais
- Estocar sangue e hemocomponentes
- Testar os hemocomponentes produzidos
- Promover teste de compatibilidade entre as amostras de sangue de pacientes e hemocomponentes ou sangue de doadores.
- Promover terapêutica transfusional
- Promover aférese terapêutica

5.SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE

FLUXO DO SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE





- O setor possui responsável técnico de acordo com a legislação
- O corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado as necessidades do serviço
- Há condições operacionais que atendam os requisitos de segurança
- Há identificação, gerenciamento e controle de riscos
- Há pias para lavagem das mãos,
- O serviço de hemoterapia conta com local exclusivo para coleta de sangue e aférese terapêutica
- As geladeiras, os freezers e os ambientes usados para armazenamento do sangue e seus componentes tem termômetros de máxima e mínima e as temperaturas são anotadas a cada quatro horas



- Há agitadores separados para concentrados de plaquetas com sorologia e sem sorologia no banco de sangue;
- O mobiliário para o doador permite que ele se deite
- Há um programa de estímulo para captação de doadores periódicos de sangue;
- Há normas e procedimentos atualizados e de fácil acesso no serviço de hemoterapia;
- Há médico responsável, presente durante todo o período de doação de sangue;
- O serviço faz controle de qualidade interno e externo dos hemocomponentes;



- O doador de sangue recebe os resultados das sorologias e caso alterado recebe instruções no local de doação com o devido respeito a sua privacidade;
- O rótulo da bolsa de hemocomponentes pronto para uso tem identificação contendo nome e endereço do hospital coletor, nome e volume aproximado do produto hemoterápico, Identificação numérica ou alfanumérica, a data da coleta e de validade do produto e, nos concentrados de plaqueta , o horário da coleta, grupo ABO e o tipo RH, inscrição legível: Não adicionar medicamentos, Resultado dos testes sorológicos individuais para LUES, Chagas (2 métodos), sorologia para Hepatite B, C, e anti HBc, Anti HIV, pesquisa de anticorpos irregulares.



- O médico responsável supervisiona as unidades de sangue recebidas pelo serviço;
- São feitos exames pré transfusionais: grupo ABO e fator RH no receptor e doador, provas de compatibilidade;
- O hemocomponentes é liberado para transfusão através de solicitação por médico com assinatura, nome legível e número do CRM;
- O acesso do hospital ao sangue certificado se faz em menos de uma hora;
- O médico responsável pelo serviço de hemoterapia; supervisiona todas as fases do processo: Coleta, fracionamento, armazenamento, distribuição e transfusão.



- O controle de tempo de transfusão de hemocomponentes está registrado no prontuário;
- Há manuais de rotina e procedimentos do Serviço;
- Há programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto dos processos;
- Há rotina para verificação dos resultados dos exames antes da sua emissão;
- Ocorre monitoramento de indicadores em todas as fases do processo.



- Os exames dispõem de laudo assinado por médico responsável com cópias dos mesmos de fácil acesso
- São realizados controles internos e externos de qualidade no laboratório
- Há identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica
- Há indicadores com curva de tendência em todas as fases do processo com pelo menos três resultados consecutivos
- Há sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias e atualização tecno-profissional e procedimentos.
- Há reuniões de análise crítica do desempenho do setor

Bibliografia



- Manual de Orientações Técnicas Sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares(SIH)
- MS/DENASUS- Informações atualizadas até 03/2004
- Sites:
 - www.in.gov.br
 - www.anvisa.gov.br
 - www.biosseguranca.com
 - www.cvs.saude.sp.gov.br
 - www.saude.gov.br
 - www.mte.gov.br
 - www.infomed.com.br/fisioterapia
- Roterio CQH 2008
- PNGS 2007/2008

- Relatório técnico gerencial - Instituto central HC –2001
- Lei 8666/93
- Novaes et Col Manual brasileiro de acreditação hospitalar 2° edição - Ministério da Saúde 1999
- Ribeiro, H A base para qualidade total 5S 7° edição 1994
- CTLE4, INMETRO BPLC – Boas praticas de laboratórios clínicos e listas de verificação para avaliação Editora qualimark Ltda 1997
- Luciano Lucio Pereira, Claudia RJL Galvão, Marcelo Chaves
- Administração Hospitalar Ed. Loyola 2005 São Camilo
- Marshall Junior, Isnard Gestão da qualidade - 8° edição – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006
- Manual das organizações prestadoras de serviço de saúde Brasília: ONA, 2006
- Norma PALC versão 2007 Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Comissão de Acreditação de Laboratórios Clínicos. Norma do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC) versão 2007.
- Bao, N.S - Programa especial de treinamento – biossegurança Brasília DF

