


 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p> Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</p> <p>Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso</p>	<p>Código</p> <p>POP COL – 002</p>	<p>Página</p> <p>1 de 14</p>	
--	--	--	-------------------------------------	---

1 HISTÓRICO DAS REVISÕES

Campo designado para a descrição das revisões do procedimento

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
Outubro/2019	01	Elaboração de documento
Fevereiro/2020	02	Revisão do documento

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 2 de 14	
--	---	---	------------------------------	---

2 OBJETIVO

Padronizar a conduta relacionada à técnica de coleta de sangue venoso e relacionar os procedimentos necessários para análise laboratorial.

Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na coleta de sangue venoso para análise laboratorial.

3 CAMPO DE APLICAÇÃO

SETOR DE COLETA AMBULATORIAL

UTI

PS

UI

PEDIATRIA

4 DEFINIÇÃO

IIER – Instituto de Infectologia Emílio Ribas

UTI – Unidade de terapia intensiva

PS – Pronto Socorro

UI – Unidade de Internação

CLSI – Clinical and Laboratory Standards Institute

PDA- Preparação e Distribuição de Amostras



EPI – Equipamento de Proteção Individual

GL – Gelo

IAL – Instituto Adolfo Lutz

ER- Número que identifica o coletor no setor de coletas

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 3 de 14	
--	---	---	------------------------------	---

5 RESPONSABILIDADE

Enfermeiro – Executa, orienta e supervisiona a equipe.

Técnico em Enfermagem - Executa

Auxiliar de Enfermagem - Executa

6 DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES



Consiste na coleta de sangue venoso, através de uma veia periférica, utilizando cateter tipo scalp, ou agulha à vácuo descartável. Com a finalidade de auxiliar no diagnóstico do paciente, obtendo material para análise clínica, bem como avaliação da terapêutica implementada.

- **INDICAÇÃO:** Diagnóstica e/ou avaliação terapêutica.
- **CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA:** Área com Fístula arteriovenosa, esvaziamento ganglionar/mastectomia, veia esclerosada, coletar direto de qualquer tipo de cateter central, áreas com terapia ou hidratação de qualquer espécie, punção arterial (Somente por Enfermeiro e/ou médico), paciente em hemoterapia e hemodiálise (*OBS.: a coleta de sangue poderá ser realizada com segurança 1 hora após final da hemoterapia e 2 horas após fim da hemodiálise*).
- **CONTRA INDICAÇÃO RELATIVA:** Área a ser puncionada com edema, parestesia, plegia, hematomas e/ou cicatrizes de queimadura.

6.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE SANGUE À VÁCUO

A coleta de sangue à vácuo é a técnica de coleta de sangue venoso recomendada pelas normas CLSI, atualmente usado mundialmente por proporcionar inúmeras vantagens ao usuário e ao profissional, proporcionando conforto e diminuição de acidentes.



Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 4 de 14	
--	--	---	------------------------------	---

▪ **AMBULATORIAL**



1. Verificar se a cabine de coleta esta limpa e guarnecida para iniciar as coletas;
2. Chamará paciente pela senha e acomodá-lo confortavelmente sentado na cadeira coletora;
3. Solicitará documento com foto e conferirá com o pedido e protocolo a identificação do paciente, após conferir nome e data de nascimento, devolverá para o paciente documento e já entregar o protocolo de retirada do exame, reforçando data em que resultado estará disponível para retirada;
4. Carimbar e vistar **todas** as folhas de pedido médico, e nos pedidos que solicitam data e hora (*ANEXO: figuras 1 à 6*), preencher conforme solicitado;
5. Informa-lo sobre o procedimento;
6. Conferir e ordenar todo o material a ser usado no paciente, de acordo com pedido médico (tubos, gaze, torniquete, álcool, etc.), a identificação dos tubos conforme cadastro, e nas etiquetas colocar seu ER; deve ser feita na frente do paciente;
7. Higienizar as mãos (Conforme *NSP-PROTOCOLO HIGIENIZAÇÃO MÃOS-2016*)
8. Calçar as luvas Abrir o lacre do scalp/agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo em frente ao paciente;
9. Rosquear scalp/agulha no adaptador do sistema à vácuo;
10. Posicionar o braço do paciente na braçadeira
11. Se o torniquete for usado para seleção preliminar da veia, pedir para que paciente abra e feche a mão, faça a escolha da veia a ser puncionada, e afrouxe-o. Esperar por volta de 2 min para usá-lo novamente
12. Fazer Antissepsia do local escolhido, com gaze e álcool 70%
13. Garrotear o braço do paciente (conforme Manual Coleta)
14. Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta múltipla de sangue venoso;

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p> Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emilio Ribas</p> <p>Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso</p>	<p>Código</p> <p>POP COL – 002</p>	<p>Página</p> <p>5 de 14</p>	 <p>ER Instituto de Infectologia EMÍLIO RIBAS</p>
---	--	---	-------------------------------------	---

15. Fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima. Se necessário, para melhor visualizar a veia, esticar a pele com a outra mão (longe do local onde realizou a Antissepsia);
16. Inserir o primeiro tubo à vácuo através do adaptador; Quando o sangue começar a fluir para dentro do tubo, desgarrotear o braço do paciente e pedir que abra a mão;
17. Realizar as trocas dos tubos sucessivamente, obedecendo a ordem dos tubos (Conforme Manual de Coletas)
18. Homogeneizar imediatamente após a retirada de cada tubo, invertendo-o suavemente de 5 a 10 vezes, NUNCA agitar ou chacoalhar o tubo, (Conforme Manual de Coletas)
19. Após a retirada do último tubo, remover a agulha usando o dispositivo de segurança e fazer compressão no local da punção; com algodão ou gaze seca;
20. Exercer pressão no local, em geral de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições de fazê-lo, orientá-lo adequadamente para que faça pressão até que o orifício da punção pare de sangrar;
21. Imediatamente pós sua remoção do braço do paciente usando dispositivo de segurança, descartá-lo em recipiente para materiais perfuro cortantes.
22. Fazer curativo oclusivo no local da punção.
23. Orientar o paciente para que não dobre o braço, não carregue peso ou bolsa a tiracolo no mesmo lado da punção por no mínimo 1 hora, e não manter a manga dobrada, que pode funcionar como torniquete;
24. Verificar se há alguma pendência, fornecendo orientações adicionais ao paciente, se for necessário;
25. Certificar-se das condições gerais do paciente, para levantar-se e locomover-se sozinho; estando sem intercorrências, recebe desjejum e é liberado com protocolo.

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
<p>Janini Marçal COREN-SP 127519</p>	<p>Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074</p>	<p>Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444</p>	<p>1</p>	<p>Fev/2020</p>



 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 6 de 14	
--	--	---	------------------------------	---

26. Realizar registro do atendimento e procedimento executado em impresso próprio, identificando paciente com etiqueta controle, preenchendo todos os campos pertinentes ao atendimento prestado. (Fig 07)
27. Organizar as amostras e pedido médico em recipiente próprio, em seguida são retiradas pela equipe do PDA. Atenção especial às amostras que necessitam ser mantidas em gelo (Ex: Gasometria venosa, cultura de urina, ACTH, amônia..), essas devem ir imediatamente ao PDA, para armazenamento adequado, conferência e encaminhadas ao laboratório com brevidade.

▪ **INTERNAÇÃO**



1. Verificar se o carrinho de coleta esta limpo e guarnecido de todos os materiais necessários para a coleta, inclusive se material de EPI estão em ordem e em quantidade suficiente (Ex: avental, luvas, máscara..), caixa térmica de poliuretano com termômetro digital, para armazenar amostras especiais que necessitam refrigeração.
2. Tomar ciência dos setores em que está escalado e retirar com o Enfermeiro do setor de coleta, o censo das unidades e as requisições de exames já cadastrados e previamente conferidos pelo Enfermeiro responsável,
3. Chegando à unidade (PS, UTI, Pediatria ou UI), comunicar ao Enfermeiro responsável que iniciará a rotina de coleta dos pacientes do setor em questão,
4. Certifica-se previamente do Tipo de Isolamento do paciente,
5. O profissional deverá verificar SEMPRE, a identificação do paciente (censo, requisição médica, etiquetas, pulseira do paciente e se paciente consciente solicitar que informe nome completo), conferir tudo, se cercado de cuidados para evitar erros. O número do leito NUNCA deve ser usado como critério de identificação. Qualquer dúvida, checar com Enfermeiro da unidade antes de efetuar a coleta;

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 7 de 14	
--	---	---	------------------------------	---

6. Após confirmar dados do paciente, informá-lo sobre procedimento a ser realizado beira leito;
7. Conferir e ordenar todo o material a ser usado no paciente, de acordo com pedido médico (tubos, gaze, torniquete, álcool, etc..), a identificação dos tubos conforme cadastro, e preparo do material deve ser feito no carrinho do lado de fora do quarto do paciente; reunir todo material necessário em uma bandeja própria e se dirigir até o leito, realizar reconferência.
8. Higienizar as mãos (Conforme *NSP-PROTOCOLO HIGIENIZAÇÃO MÃOS-2016*)
9. Calçar as luvas (POP ENF – 026 Biossegurança)
10. Abrir o lacre do scalp/agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo em frente ao paciente;
11. Rosquear scalp/agulha no adaptador do sistema à vácuo;
12. Posicionar o braço do paciente na cama,
13. **Seguir os passos citados acima do 12 ao 24 - Seção AMBULATÓRIO deste documento**
14. Orientar o paciente para que não dobre o braço, por aproximada 1h, para evitar hematomas e sangramento,
15. Realizar registro do atendimento e procedimento executado em impresso próprio, identificando paciente com etiqueta controle, preenchendo todos os campos pertinentes ao atendimento prestado. (Fig 08)
16. Organizar as amostras e pedido médico na 3ª gaveta do carro de coletas (local próprio para armazenar as amostras). **Atenção** especial às amostras que necessitam ser mantidas em gelo, observar que na etiqueta de cadastro vem a sigla GL, (Ex: Gasometria venosa, amônia e ACTH) essas amostras devem ser armazenadas na caixa térmica de poliuretano e termômetro digital, na parte superior do carro de coletas.

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020



 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 8 de 14	
--	---	---	------------------------------	---

17. Ao final das coletas, encaminhar amostras ao setor de recepção do laboratório e protocolar entrega das amostras em impresso próprio (Fig. 09)
18. MALETA DE COLETA: Deverá ser utilizada para atendimento de forma pontual na unidade de internação, não se faz necessário uso do carro de coletas, neste caso usa-se uma maleta própria para transporte de material biológico, de poliuretano com trava na tampa e adaptada com materiais para coleta de sangue e compartimento para armazenar material coletado em posição vertical;
 - ✓ O coletor deverá verificar se a maleta de coleta esta limpa e guarnecida para realizar a coleta, inclusive conferindo validade dos materiais;
 - ✓ Para coleta beira leito, separar todo o material em ante sala, deixar a maleta na ante sala e entrar somente com material, realizar coleta de sangue conforme descrito acima; encaminhar ao laboratório,
 - ✓ Após coleta, realizar limpeza concorrente da maleta (Conforme Pop Enf 035)
 - ✓ Repor maleta com novo material.

7 BIOSSEGURANÇA

- Utilizar os EPI's de acordo com as normas de Controle de Infecção Hospitalar, respeitando o isolamento conforme a patologia.
- Descarte adequado do material e equipamento, obedecendo as Normas de Segurança determinadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Atendimento correspondente às boas práticas de segurança para os profissionais, pacientes e meio ambiente, relacionados às atividades desenvolvidas e descritas no documento.

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

 Secretaria de Saúde	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso	Código POP COL – 002	Página 9 de 14	
--	--	---	------------------------------	---

8 REFERÊNCIAS

1. Manual de Normas e Rotinas da Coleta IIER
2. <http://portal.anvisa.gov.br/>
3. POP- REC001 do Laboratório Clínico
4. POP ENF – 026 Biossegurança
5. *NSP-IIER/PROTOCOLO HIGIENIZAÇÃO MÃOS-2016*
6. Manual de Coleta de Material Biológico – Laboratório Central – Hospital São Paulo/UNIFESP
7. Smeltzer, S.C.; B.G..Brunner & Studdarth-Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10ª edição, Editora Guanabara Koogan
8. Comitê de Coletas de Sangue da SBPC/ML e BD. Diagnostics Preanalytical Systems. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ML para Coleta de Sangue Venoso. 1ª ed., São Paulo, 2005.
<http://www.bibliotecasbpc.org.br/index.php?P=4&C=0.2>

9 CONTROLE DE REGISTROS

O procedimento deverá ser adequadamente registrado pelo profissional no impresso de registros dos atendimentos conforme figuras 7 e 8 em anexo.

10 ANEXO

- **Próximas páginas**

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020




 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</p> <p>Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso</p>	<p>Código</p> <p>POP COL – 002</p>	<p>Página</p> <p>10 de 14</p>	 <p>ER Instituto de Infectologia EMÍLIO RIBAS</p>
--	--	--	--------------------------------------	---


Figura 1. Laudo Médico BPA
Contagem de Linfócitos T CD4 e CD8

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
1. Identificação solicitante (carimbo padrão)				2. CNPJ			
INFORMAÇÕES BÁSICAS				5. Identificação do usuário nos relatórios			
3. Oficial:				<input type="checkbox"/> 1-Oficial 2-Social			
4. Data de Nascimento		7. Sexo		8. País			
<input type="checkbox"/> 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino							
9. Cidade de nascimento		10. UF		11. Raça/Cor			
				<input type="checkbox"/> 1-Parda <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Branca <input type="checkbox"/> 4-Pará <input type="checkbox"/> 5-Indígena - Etnia <input type="checkbox"/> 6-Indígena - Sem <input type="checkbox"/> 7-Informado <input type="checkbox"/> 8-Indígena			
12. Número de Identidade		13. CPF		14. Escolaridade			
				<input type="checkbox"/> 1 - nenhuma / 2 - De 1 a 3 / 3 - De 4 a 7 / 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - De 12 e mais / 6 - não informado / 9 - ignorado			
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS		17. Gestante		18. Telefone do Paciente	
				<input type="checkbox"/> S-Sim N-Não ()		19. Proximário	
20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)				21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)			
22. Nome da mãe				23. Endereço do paciente			
24. Bairro		25. CEP		26. Cidade de residência do paciente		27. UF	
						28. Cod. IBGE Município	
DADOS DA SOLICITAÇÃO							
29. Código do Procedimento		30. Nome do Procedimento					
02.02.03.002-4		Contagem de Linfócitos T CD4 ⁺ / CD8 ⁺					
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado							
31.1. Avaliar indicação do tratamento <input type="checkbox"/>							
31.2. Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>							
31.2.1. Dois últimos CD4 > 350 células/mm ³ ?							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31.2.2. Paciente assintomático?							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
31.2.3. Carga Viral indetectável?							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
32. Caso Aids?		33. Data início 1 ^o antiretroviral		34. Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV (mãe/pai)		<input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO							
37. Diagnóstico		38. CID 10		43. CRM (Nº Registro do Conselho)		UF/CRM:	
39. Nome do Profissional Solicitante				40. Data da Solicitação			
				Assinatura e Carimbo			
41. Documento		42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante		43. CRM (Nº Registro do Conselho)		UF/CRM:	
CNS CPF							
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA							
44. Nome da instituição (Carimbo Padrão)				45. Data de coleta		46. Hora de coleta	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME							
47. Nome do Laboratório				48. CNES		49. Data de recebimento	
51. Nº Solicitação exame		52. Identificador da amostra		53. Responsável		54. Data do resultado	
55. Condições de chegada da amostra		56. Material Biológico		57. Quantidade de exames		58. Técnica utilizada	
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2-Amostra hemolizada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra infectada / 7-Outra		<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma		<input type="checkbox"/> 1-1mL <input type="checkbox"/> 2-2mL <input type="checkbox"/> 3-3mL <input type="checkbox"/> 4-4mL <input type="checkbox"/> 5-5mL <input type="checkbox"/> 6-6mL <input type="checkbox"/> 7-7mL <input type="checkbox"/> 8-8mL <input type="checkbox"/> 9-9mL <input type="checkbox"/> 10-10mL		<input type="checkbox"/> 1-Enzimática <input type="checkbox"/> 2-Imunológica	
57. CID (valor absoluto)		58. CID (valor absoluto)		59. Média CD3 (valor absoluto)		60. Técnica utilizada	

Laudo Médico para Emissão de BPA-I, Contagem de Linfócitos T CD4+CD8+

www.aids.gov.br/siscel

Figura 2. Laudo Médico BPA
Quantificação – Carga Viral HIV

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga viral do HIV		Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Sistema de Controle de Exames Laboratoriais - SISCEL	
DADOS DA SOLICITAÇÃO							
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado		32. CNPJ		33. Nome do Procedimento		34. Nome do Procedimento	
<input type="checkbox"/> 1-Instalação solicitante (carimbo padrão)				02.02.03.107-1		Quantificação do RNA HIV-1	
35. Avaliar indicação de tratamento <input type="checkbox"/>							
35.1. Monitorar o tratamento <input type="checkbox"/>							
35.2. Falha ou troca terapêutica <input type="checkbox"/>							
35.3. Indicação para Genotipagem <input type="checkbox"/>							
35.4. Avaliar na diagnóstico de crianças expostas <input type="checkbox"/>							
35.5. Rastreamento do HIV <input type="checkbox"/>							
35. Caso Aids?		36. Data início 1 ^o antiretroviral		37. Diagnóstico		38. CID 10	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
39. Nome do Profissional Solicitante		40. Data da Solicitação		43. CRM (Nº Registro do Conselho)		UF/CRM:	
41. Documento				42. Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante			
CNS CPF							
LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA							
44. Nome da instituição (Carimbo Padrão)				45. Data de coleta		46. Hora de coleta	
LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME							
47. Nome do Laboratório				48. CNES		49. Data de recebimento	
51. Nº Solicitação exame		52. Identificador da amostra		53. Responsável		54. Data do resultado	
55. Condições de chegada da amostra		56. Material Biológico		57. Quantidade de exames		58. Técnica utilizada	
<input type="checkbox"/> 1-Amostra adequada / 2 - Amostra hemolizada / 3-Amostra em frasco inadequado / 4-Amostra mal identificada <input type="checkbox"/> 5-Amostra mal acondicionada / 6-Amostra infectada / 7-Outra		<input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Plasma		<input type="checkbox"/> 1-1mL <input type="checkbox"/> 2-2mL <input type="checkbox"/> 3-3mL <input type="checkbox"/> 4-4mL <input type="checkbox"/> 5-5mL <input type="checkbox"/> 6-6mL <input type="checkbox"/> 7-7mL <input type="checkbox"/> 8-8mL <input type="checkbox"/> 9-9mL <input type="checkbox"/> 10-10mL		<input type="checkbox"/> 1-Enzimática <input type="checkbox"/> 2-Imunológica	
57. CID (valor absoluto)		58. CID (valor absoluto)		59. Média CD3 (valor absoluto)		60. Técnica utilizada	

SYS026-SISCEL_POWERUSER_LBDR_BPA-I_V1-001_20140601.docx

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

Figura 3. Genotipagem Hepatite C

Figura 4. Carga Viral da Hepatite B

Formulário de Solicitação Genotipagem do Virus da Hepatite C

1. Nome da Instituição solicitante (Carthago Padua)?

2. CNPJ

3. Cartão Nacional de Saúde – CNS*

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4. Nome*

5. Identificação do usuário em relação:

6. Data de Nascimento*

7. Sexo*

8. Oficial

9. Social

10. Nacionalidade

11. Cidade de nascimento*

12. Raça/Cor

13. Número de Identidade

14. CPF

15. Escolaridade

16. Número GAI

17. Gestante*

18. Exatidão do Paciente

19. Proximidade

20. Nome do Responsável (ou o paciente for menor de idade)?

21. CPF do Responsável (ou o paciente for menor de idade)

22. Nome da mãe*

23. Endereço do paciente*

24. Bairro

25. CEP*

26. Cidade de residência do paciente*

27. UF*

28. Cod. IBGE Município

DADOS DA SOLICITAÇÃO DE EXAME

29. Código do procedimento

30. Nome do procedimento

02103M210 Genotipagem de Virus da Hepatite C

DADOS CLÍNICOS

31. Última quantificação do RNA do HCV*

32. Comorbidades

33. Comprometimento hepático

34. CID 10

35. Nome do Profissional Solicitante*

36. Documento do Profissional Solicitante*

37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*

38. CRM (Nº Registro de Conselho)

39. Data do Preenchimento

UF/CRM: / /

PARA PREENCHIMENTO PELA LOCAL DE COLETA

40. Nome da Instituição (Carthago Padua)?

41. Data da coleta*

42. Hora da Coleta*

PARA PREENCHIMENTO PELA LABORATÓRIO ACUADOR EXAME

43. Nome da Instituição (Carthago Padua)?

44. CNES*

45. Data do recebimento*

46. Hora do recebimento*

47. Genótipo

48. Subtipo

49. Metodologia utilizada

*Preenchimento Obrigatório Formulário de Solicitação - Genotipagem de HCV_06.doc

Formulário de solicitação Carga Viral do Virus da Hepatite B

1. Instituição solicitante (Carthago Padua)?

2. CNES*

INFORMAÇÕES BÁSICAS

3. CNES do(a) paciente

4. Nome completo do(a) usuário(a)*

5. Oficial

6. Social

7. Profissão de Identificação*

8. Sexo*

9. Nacionalidade

10. Raça/Cor

11. Etnia

12. Nome da mãe*

13. Número de Identidade

14. CPF

15. Logradouro*

16. Número*

17. Complemento

18. Bairro

19. Município*

20. Cod. IBGE

21. UF*

22. CEP*

23. Telefone

24. País

25. Proximidade

26. Gestante*

27. Escolaridade (em anos)

28. Nome do(a) responsável (ou do(a) paciente for menor de idade ou incapaz)

29. CPF do(a) responsável

30. Código do procedimento

31. Nome do procedimento

02.13.01.020-8 Identificação do virus da hepatite B por PCR (quantitativo)

DADOS CLÍNICOS GERAIS (DADOS DO PACIENTE)

32. Data 12º trimestre

33. Idade gestacional

34. Motivo do exame*

35. Estágio da doença (C2)

36. Tratamento

37. Data de início da terapia

38. Comorbidades (C2)

39. Data do diagnóstico

40. Nome do profissional solicitante*

41. Registro do conselho profissional*

42. Assinatura e Carimbo*

43. Data da solicitação*

44. CPF do profissional*

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

45. Nome da Instituição*

46. Data da coleta*

47. Hora da coleta*

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

48. Nome da Instituição*

49. CNES*

50. Data do recebimento*

51. Hora do recebimento*

Carga Viral

52. Solução do exame*

53. Identificador da amostra*

54. Responsável*

55. Data do resultado*

56. Material biológico*

57. Volume da amostra

58. Nº de cópias

59. Log

60. Técnica*

* Preenchimento obrigatório.

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020



 <p>SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO</p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p>Instituto de Infectologia Emílio Ribas</p> <p>Coleta de Material Biológico – Sangue Venoso</p>	<p>Código</p> <p>POP COL - 002</p>	<p>Página</p> <p>12 de 14</p>	 <p>ER Instituto de Infectologia EMÍLIO RIBAS</p>
--	--	---	--	---

Figura 5a. Genotipagem HIV- Genoma

Figura 5b. Genotipagem - IAL

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Formulário para Solicitação de Exame de Genotipagem de HIV

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)* 2. CNPJ

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome* 5. Identificação do usuário nos relatórios 6. Data de Nascimento* 7. Sexo*

3. Oficial: 1-Oficial 2-Social 1-Masculino 2-Feminino

4. Social: 8. País: 9. Cidade de nascimento* 10. UF* 11. Raça/Cor: 1-branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-indígena 6-não informado 7-ignorado

12. Número de Identidade 13. CPF 14. Escolaridade: 1-machama / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 / 5. - De 12 a 14 / 6. não informado / 8. ignorado

15. Número SUS/CEL 16. Cartão Nacional de Saúde - CNS* 17. Gestante* Sim / Não 18. Telefone do Paciente 19. Profissão

20. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)* 21. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)

22. Nome da mãe* 23. Endereço do paciente

24. Bairro 25. CEP 26. Cidade de residência do paciente 27. UF 28. Cod. IBGE Município

DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME

29. Código de Procedimento 30. Nome do Procedimento: 07.02.03.124-1 Genotipagem do HIV

DADOS CLÍNICOS

31. Resultado de Carga Viral (cópia/mL e log*) (realizado na rede pública ou privada) 32. Resultado de Linfócitos T CD4+ (cél/mm³) e (%)

Situação	Data da Coleta	Cópias	Log	Situação	Data da Coleta	CD4 (ml)	% CD4
Última Carga Viral	/ /			Último CD4	/ /		
Próxima Carga Viral	/ /			CD4	/ /		

33. CD4 34. Comorbidades: Não Sim - Anot()

35. Genotipagem anterior: Não Sim - Anot()

INDICAÇÃO DE GENOTIPAGEM

36. Tipo de genotipagem a ser realizada*: Genotipagem Convencional (Protease e Transcriptase Reversa) GP41 (T 20/Enfuvirtina) Integrase (Raltegravir) Alto V3 GP120 (Metrinopos)

37. Paciente em Tratamento? Sim Não 38. Indicação de Genotipagem pré-tratamento (preencher caso o paciente não esteja em tratamento)* Gestante Criança (0-14 anos, TV) Paciente sorodiscordante (paciente em uso atual ou prévio de TARV)

Nome (paciente): _____
Data nascimento: _____

39. Usar o esquema* Paciente Paciente (genotipagem pré-tratamento) Mãe (transmissão vertical)

Esquemas:

Esquemas:	Início* (ano)	FT*	INT*	Outros
1*				
2*				
3*				
4*				
5*				

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40. Nome do Profissional Solicitante* 41. Documento do Profissional Solicitante* 42. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*

43. CRM (Nº Registro do Conselho)* 41. Data de Preenchimento 44. E-mail do profissional solicitante

PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA

46. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)* 47. Data da coleta* 48. Horário da Coleta*

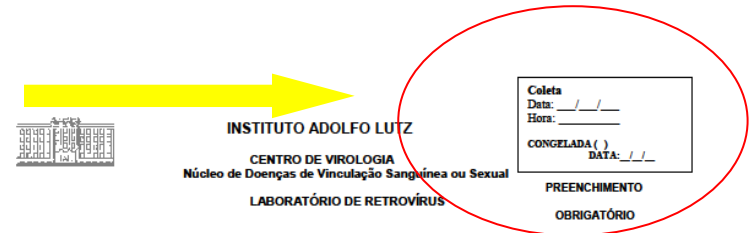
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO DO EXAME

49. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão) 50. Identificação da Amostra 51. Data do recebimento 52. Hora de recebimento

www.aids.gov.br/signago - Versão 2 (27/01/16)

*Preenchimento Obrigatório *TV - Transmissão Vertical, *TARV - Terapia Antirretroviral, *FT - Falha Terapêutica, *INT - Intolerância

*Critérios para indicação de genotipagem: Falha virológica confirmada (2 exames de carga viral consecutivos > 1000 cópias/mL - intervalo mínimo de 4 semanas + TARV há pelo menos 6 meses).



GENOTIPAGEM PARA AMOSTRAS COM VIREMIA BAIXA PERSISTENTE (ABAIXO DE 1.000 CÓPIAS/ML)

FORMULÁRIO 1 - 2019

USAR APENAS PARA PACIENTES COM AS 2 ÚLTIMAS (até 6 meses) CARGAS VIRAIS DETECTADAS PORÉM ABAIXO DE 1000 cp/mL.

CV = Viremia (carga viral do HIV-1) detectável, abaixo de mil cópias/mL, após 6 meses de uso de ARV;
VBP = VIREMIA BAIXA PERSISTENTE (duas ou mais em 6 ou menos meses, mas após 6 meses de uso do esquema ARV atual)
OBS : Gestantes e crianças serão atendidas mesmo sem preencher os critérios de persistência

IDENTIFICAÇÃO

Serviço: _____ Município: _____ UF: _____ Data do preenchimento: / /

Médico solicitante: _____ E-mail de Contato: _____
Fone para contato: () _____ Endereço ou email institucional para envio de laudos: _____

NOME DO PACIENTE: _____
Sexo () F () M Data Nascimento / / IDADE: _____ CPF/Siscel ou CNS: _____
Nome da mãe: _____
Marque Risco: HSH () UDI() TV() outro _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Data do diagnóstico da infecção pelo HIV: / / () Ignorado
Caso de Aids em / / Qual Critério: () CD4 () Clínico (Doença definidora): _____
Clínica ATUAL: () Assintomático () Sintomático: _____ () Ignorado

CARGA VIRAL E CD4
(Anexar se possível cópia de resultado SISCECEL e genotipagem anterior)

Em relação ao esquema terapêutico em uso atual atualizável uma das alternativas :
() Paciente apresenta pelo menos 2 Cargas Virais Baixa (entre 50-1.000 cópias/mL) após indetecar durante esquema terapêutico atual.
() Paciente está com VBP mas nunca conseguiu indetecar com o esquema terapêutico atual.
() Outras situações (detalhar): _____

Em terapias ARV anteriores já ocorreram períodos de VBP (40 a 1.000 c/mL em 2 ou mais CV seguidas durante até 6 meses) ?
() não () sim, uma vez () sim, mais de uma vez () não sei

	CD4+ (cél/mm ³)	Data (d/m/ano)	CV Log ₁₀ ou (cópias/mL)	Data (d/m/ano)
Primeiro CD4			Viremia Pré tratamento (matrão)	
			Outra viremia pré tratamento (matrão)	
CD4 mais baixo			Menor viremia	
CD4 antes do início de ARV				
	CD4+ (cél/mm ³)	Data (d/m/ano)	CV Log ₁₀	Data (d/m/ano)

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020

Figura 8. Registro de Atendimento Internação

FORMULÁRIO DE CONFERÊNCIA DE MATERIAL BIOLÓGICO COLETADO - ENFERMARIAS		DATA:	CAIXA																																																																																																																								
		NOME:	ER TEMPERATURA																																																																																																																								
ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM															ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM														
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM															ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM														
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM															ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM														
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM															ETIQUETA	<table border="1"> <tr><th colspan="12">QUANTIDADE TUBOS</th></tr> <tr><th>VM</th><th>PT</th><th>AZ</th><th>AM</th><th>VEN</th><th>AEROB</th><th>ANAER</th><th>VEN</th><th>PRE</th><th>INC</th><th>RES</th><th>OBS</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>AZE</th><th>RX</th><th>RGL</th><th>CZ</th><th>ART</th><th>PED</th><th>MVY</th><th>ART</th><th>POS</th><th>TERM</th><td colspan="2"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr> </table>	QUANTIDADE TUBOS												VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS													AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM														
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		
QUANTIDADE TUBOS																																																																																																																											
VM	PT	AZ	AM	VEN	AEROB	ANAER	VEN	PRE	INC	RES	OBS																																																																																																																
AZE	RX	RGL	CZ	ART	PED	MVY	ART	POS	TERM																																																																																																																		

Figura 09. Fechamento e Protocolo de entrega das amostras de Pacientes internados à recepção do Laboratório

FECHAMENTO DE COLETAS		
UNIDADES DE INTERNAÇÃO		
COLETOR (ER): _____		
DATA: ____/____/____		
HORÁRIO DA ROTINA _____		
UNIDADES DE INTERNAÇÃO	QTD	RECEBIDO POR (LAB)
PRONTO SOCORRO		
2º ANDAR - UTI		
3º ANDAR		
5º ANDAR - PEDIATRIA		
5º ANDAR - ADULTO		
6º ANDAR		
GASOMETRIA VENOSA		
GASOMETRIA ARTERIAL		
REPUNÇÃO VENOSA 1X		
REPUNÇÃO VENOSA 2X		
REPUNÇÃO VENOSA 3X		
HEMATOMA PRÉ		
HEMATOMA PÓS		
RECOLETA		
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS _____		

Recepção do Laboratório recebe amostras, confere e assina

Elaborado por	Aprovado por	Revisado por	Versão	Data
Janini Marçal COREN-SP 127519	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Roberto Oliveira dos Santos COREN-SP 228074	Cleide Aparecida Guerra COREN-SP 39724 Viviana Venturini Gianotto COREN SP 154444	1	Fev/2020