



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA - HCFAMEMA

RBE

Sistema de Gestão da Qualidade

Revisão: 04

Relação de Bolsas Eliminadas

Página: 1/1

Revisado em 01/09/2022

**Entidade
Jurídica****Instruções Gerais:**

- 1 - Relacionar todas as bolsas que serão desprezadas.
- 2 - Preencher todos os campos a máquina ou letra de forma legível.
- 3 - Especificar corretamente o hemocomponente e o Nº da bolsa.
- 4 - Anotar o código do "Motivo de Eliminação" após consultar a tabela "Motivos de eliminação de Hemocomponentes".
- 5 - Este documento deverá conter o carimbo e assinatura do médico responsável pelo serviço de hemoterapia do hospital.
- 6 - Todas as bolsas eliminadas deverão ser devolvidas semanalmente (juntamente com este formulário devidamente preenchido) ao setor de Fracionamento e Estoque de Hemocomponentes - Hemocentro da Faculdade Medicina de Marília.

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Nome do Hemocomponente										Data Coleta			Data Validade				
										___/___/___			___/___/___				
Código do Motivo Eliminação					Observação												
Nº da Bolsa										FLAG		Responsável			Data da Eliminação		
															___/___/___		

Motivos de eliminação de Hemocomponentes:

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1 - Sistema aberto | 7 - Bolsa perfurada durante centrifugação |
| 2 - Hemólise | 8 - Contaminação por hemácias |
| 3 - Lipemia | 9 - Transfusão suspensa |
| 4 - Data de utilização vencida | 10 - Outros (especificar o motivo em Observações) |
| 5 - Problemas na bolsa | 12 - Sobra de bolsa após aliquotagem |
| 6 - Conservação inadequada | |

Médico (Carimbo e Assinatura)

--