

# ASSISTÊNCIA LABORATORIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS



## COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

2010/2012

### *Manual das Unidades Básicas*



*"Padronização da Fase Pré-Analítica das Análises Laboratoriais nas Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde de Campinas"*

***Prefeitura Municipal de Campinas***

***Secretaria Municipal de Saúde***

***Laboratório Municipal de Patologia Clínica***

*Prefeito da Cidade de Campinas*

*Dr. Hélio de Oliveira Santos*

*Secretário Municipal de Saúde*

*Dr. José Francisco Kerr Saraiva*

*Diretora do Distrito Sudoeste*

*Dra. Deise Fregni Hadich*

*Coordenadora do Laboratório Municipal de Campinas*

*Dra. Regina Cássia Simões Salles*

*Gerente do Laboratório Municipal de Campinas*

*Dr. Reinaldo Jorge Simão Uede*

*Responsáveis pela Elaboração do documento*

*Dra. Cláudia Zímaro Carnieri Caiola*

*Dra. Regina Cássia Simões Salles*

*Revisão do documento*

*Dra. Regina Cássia Simões Salles*



**Manual das Unidades Básicas**

<b>ÍNDICE:</b>	<b>Pág</b>
I-Prefácio .....	03
II-Horários de atendimento ao Público e Endereços do Laboratório Municipal de Campinas e Unidade de Coleta PAC (Posto Avançado de Coleta).....	04
II.1 – Fluxos de materiais .....	05
III-Recepção de pacientes (Fase Pré-Analítica do exame na Unidade de Saúde).....	06
IV- Orientações de Coleta.....	07
V- Coleta de Amostras Biológicas.....	13
VI- Acondicionamento e Transporte de Amostras Biológicas.....	20
VII- Requisição de Exames:.....	22
VIII-Formulário Único de Requisição de exames e Cartela de Códigos de Barra fornecidos pelo Laboratório Municipal de Campinas (LMC):.....	22
VIII.1-Identificações.....	27
VIII.2-Planilha de Protocolo.....	29
VIII.3Dados Clínicos.....	30
VIII.4-Coleta:.....	31
IX- Formulário Único- Exames Laboratoriais propriamente ditos:.....	33
1-Hematologia.....	37
2- Imunohematologia.....	39
3- Hemoglobina Glicada (HBA1C).....	40
4-Glicemia.....	41
5-Imunoquímica.....	44
6-Sorologias.....	45
7-Laboratório de Apoio.....	47
8-Coprologia.....	51
9- Parasitologia.....	53
10-Urinálises.....	55
11-Urina – Microbiologia.....	57

**Manual das Unidades Básicas**

<b>ÍNDICE:</b>	<b>Pág.</b>
12-Escarro.....	59
13-Secreção Vaginal.....	62
14-Hanseníase.....	68
15-Culturas em geral.....	70
16-Anatomia Patológica.....	73
17- Lâminas.....	74
18- Microalbuminúria.....	77
19-Bioquímica Urina de 24 horas.....	79
20- Exames Especializados.....	83
X-Modelos de Documentos (que devem acompanhar o Formulário Único de Requisição de exames quando solicitado).....	85
X.1- Em ficha de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia: SADT.....	85
X.2 -Filipetas.....	86
X.3- SINAN e check-list.....	86
X.4-Impresso Próprio de BK.....	87
X.5- Impresso Próprio de Hanseníase.....	88
XI- Orientações de Biossegurança.....	89
XII- Referências Bibliográficas.....	91
XIII- Apêndice (Código das Unidades de Saúde).....	92



*Manual das Unidades Básicas*

**I-PREFÁCIO:**

Este Manual das Unidades Básicas tem como objetivo orientar os profissionais da rede envolvidos com as atividades de coleta de exames laboratoriais. Estas orientações técnicas e operacionais visam estabelecer normas de conduta para a padronização dos processos envolvidos na fase pré-analítica que ocorre nas Unidades de Saúde, e como consequência a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Inovações tecnológicas no Laboratório Municipal ocorreram para proporcionar vários benefícios à Rede Municipal de Saúde, tais como: o Formulário Único de requisição de exames laboratoriais, a utilização de códigos de barras na identificação dos materiais coletados, o pioneirismo na introdução da automação total e do módulo pré-analítico- MPA no Brasil, e a possibilidade de consulta de resultados "on line" a partir dos Centros de Saúde.

Fundado em 17/01/1990, o Laboratório Municipal de Patologia Clínica de Campinas veio com a missão de dar retaguarda laboratorial para a Rede Municipal de Saúde com Excelência técnica, Ética e Humanização.

Nestes 20 anos de funcionamento, o Laboratório Municipal vem contribuindo de forma decisiva para a Qualidade da Assistência e a Construção do SUS Campinas.

Outrossim, destaca -se também dentre os demais Laboratórios Públicos, através da busca inusitada do processo de Acreditação junto ao PALC (Programa de Acreditação para Laboratórios Clínicos) da SBPC( Sociedade Brasileira de Patologia Clínica), e também da ISO 14001 ligada ao meio ambiente, sua proteção e desenvolvimento sustentável.

Entretanto, estas buscas só serão vitoriosas, se envolvermos todos os parceiros neste Projeto. Há necessidade premente de ganharmos a adesão da rede ao nosso Projeto de Qualidade, enquanto parceiro fundamental do Laboratório Municipal.

**Contamos com a participação inestimável das Unidades Básicas e suas equipes, neste Projeto de Qualificação e Integralidade!**

Equipe do Laboratório Municipal

Julho de 2010

**II-HORÁRIOS DE ATENDIMENTO AO PÚBLICO E ENDEREÇOS DO LMC E PAC:**

**LABORATÓRIO MUNICIPAL DE PATOLOGIA CLÍNICA DE CAMPINAS – LMC:**

**Central Técnica (CHOV):** Segunda à sexta-feira das 07:00 às 17:00 horas

Avenida Ruy Rodrigues, 3434 - Jardim Santa Leticia - CEP:13060-646 – Campinas/SP

Telefone: Recepção (019)3266-8888 ramal 236 ou 3224-4367 (agendamento de exames)

CAC (019) 3266-8888 (ramal 245 ou 235).

e-mail: [labmunicipal@gmail.com](mailto:labmunicipal@gmail.com)

**POSTO AVANÇADO DE COLETA (PAC):** Segunda à sexta-feira das 06:30 às 14:42 horas

Av. Prefeito Faria Lima, 90 (fundos) - Bairro Parque Itália – CEP: 13036- 220 – Campinas/SP

TELEFONE: (019)3272-1372

**CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO AO CLIENTE - CAC:**

Central Técnica (CHOV): 7:00 às 18:00 horas – fone/fax: 3266 8888 ramal 235 ou 245

Unidade PAC: 6:30 às 14:00 horas – fone: 3272 1372

Agendamento de exames após as 09:30 horas.

**RETIRADA DE RESULTADOS:**

Central Técnica (CHOV) : 10:00 às 17:00 horas

Unidade PAC: 10:00 às 14:00 horas

**COLETA DE EXAMES PREVIAMENTE AGENDADOS:**

Central Técnica (CHOV): 7:00 àS 10:00 horas

Unidade PAC: 6:30 àS 09:30 horas

**ATENÇÃO:** o Laboratório Municipal apenas colhe exames especializados do grupo 20 (Impresso Único). Estes exames **DEVEM SER PREVIAMENTE AGENDADOS**, através dos telefones do **PAC** (para os Distritos Norte, Sul e Leste) **ou CHOV** (para os Distritos Sudoeste e Noroeste).

Os pacientes devem ser orientados nas Unidades Básicas em relação ao **preparo prévio** para realização destes exames. **Dúvidas, favor entrar em contato com o CAC.**

**Manual das Unidades Básicas**

**COLETA E RECEBIMENTO DE URGÊNCIAS (SOMENTE NA CENTRAL TÉCNICA CHOV):**

7:00 às 14:00 horas, exames de :

Glicemia, TGO,TGP, Bilirrubinas, Na+, K+, Cálcio, Amilase, Uréia, Creatinina, Hemograma, Tempo de Protrombina e Atividade e Protrombina (TP/AP), Reticulócitos, Urina I e Bacterioscopia, Urocultura, a fresco de fezes.

**RECEBIMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS (JÁ COLHIDAS NO CENTRO DE SAÚDE) SOMENTE NA CENTRAL TÉCNICA (CHOV):**

7:00 às 17:00 horas, exames de:

Hemograma Dengue, Acidente de Trabalho, Tuberculose (BK), Sorologia de Dengue e H1N1.

**II.1-FLUXOS DE MATERIAIS:**

O Laboratório Municipal de Campinas realiza vários fluxos de encaminhamento de exames coletados no Município e Região.

Estes exames são enviados pelas Unidades Básicas ao Laboratório Municipal, que por sua vez, os encaminha para outros serviços, onde os mesmos serão processados. O Laboratório apenas possui rastreabilidade de entrada destes materiais no serviço. Entretanto, a saída de resultados (laudos) fica por conta da Instituição que realizou o exame.

É importante salientar, que o Laboratório Municipal apenas faz fluxo dos materiais encaminhados pelas Unidades, conforme mencionado abaixo, **não sendo nossa responsabilidade** a liberação dos resultados e nem tampouco os prazos praticados.

<b>EXAMES ENCAMINHADOS</b>	<b>Serviços onde são realizados os exames:</b>
H1N1 e demais exames do grupo 7 Impresso Único item IAL (SADT/SINAN)	Instituto Adolfo Lutz (IAL)
RAIVA	Instituto Pasteur (SP)
PKU	CIPOI (Unicamp)
BIÓPSIAS E ANÁTOMO PATOLÓGICOS (exames do grupo 16 Impresso único)	IPC (Instituto de Patologia de Campinas) Maternidade de Campinas

### **III-RECEPÇÃO DE PACIENTES:**

#### **(Fase Pré-Analítica do exame nas Unidades de Saúde)**

A Fase pré-analítica é muito importante e acredita-se que cerca de 70 à 80% do total dos erros ocorridos em laboratórios são decorrentes desta fase, mesmo em laboratórios que possuem um processo de controle de qualidade.

Esta Fase engloba desde o atendimento inicial do paciente até o momento em que o exame seja realizado, portanto, fazem parte deste processo:

Indicação do exame, como este exame é solicitado, informações ao paciente quanto ao preparo para a coleta do exame, assim como orientações sobre coletas realizadas pelo próprio paciente, avaliação no dia da coleta se o paciente atende as condições para a realização da coleta, os procedimentos da coleta, assim como o acondicionamento e transporte destas amostras biológicas de modo a garantir sua integralidade e estabilidade até o momento da análise ser realizada.

São inúmeros os problemas que podem ocorrer nesta fase, mas entre os mais frequentes são:

**Cadastro do paciente:** letra ilegível, dados incompletos, como por exemplo: falta de data de nascimento, sexo, identificação do solicitante, dados clínicos.

Nome do paciente escrito de formas diferentes, por exemplo: Maria Aparecida Da Silva escrito das seguintes formas: Maria A. Silva, Maria Ap. da Silva, Ma. Silva, Maria Apda. Silva,... (o que gera no sistema de informatização vários cadastros com nomes diferentes do mesmo paciente).

Falta da etiqueta (etiqueta 1/2 do conjunto de etiquetas utilizado na coleta) que deve ficar no Formulário Único de Requisição de Exames, a qual correlaciona Formulário (dados do paciente) com as amostras.

**Informações de Coleta:** falta de identificação da enfermeira ou auxiliar que realizou a coleta, falta do nº Sinam se tratar-se de exame de vigilância, falta de assinalar exame de campanha.

**Identificação de amostras:** etiquetas coladas tortas ou emboladas, sequência errada de etiquetas, por exemplo: etiqueta de hemograma (final 51- escrito Hemato) colada em tubo de tampa roxa com solicitação no impresso de exame "tipagem ABO/Rh" (a etiqueta correta seria final 52- escrito tipage).

**Manual das Unidades Básicas**

**Coleta** inadequada: Amostras coletadas em frascos inadequados para a análise e muitas vezes em volume insuficiente para a realização da análise ou análises.

Problemas no  **acondicionamento e transporte**  das amostras: estas são mal acondicionadas e chegam para a triagem com vazamentos, o que acaba algumas vezes por inviabilizar a amostra para análise e pode comprometer as demais.

**IV-ORIENTAÇÕES DE COLETA:**

**É MUITO IMPORTANTE FORNECER AOS PACIENTES AS ORIENTAÇÕES CORRETAS DE PREPARO PRÉVIO PARA COLETA.**

As orientações  **mais simples podem ser dadas verbalmente** , devendo, entretanto,  **SER CLARAS E DE FÁCIL ENTENDIMENTO.**



Estas informações devem contemplar:

- Dia, local e horário da coleta
- Condições do paciente em relação: jejum, dieta, abstinência sexual, atividade física, medicamentos, etc...
- Fornecer orientações por escrito de coletas realizadas no domicílio (modelos abaixo), assim como os frascos ou recipientes utilizados.
- Certificar-se de que o paciente entendeu bem a orientação fornecida.

As orientações  **mais complexas devem ser dadas por escrito** , conforme “Modelos de Orientações de Coleta” apresentados nas próximas folhas. Estes devem ser entregues aos pacientes anteriormente à coleta. Estas orientações podem ser solicitadas no Almoxarifado da Saúde (Telefone de contato- F:3241-2054, falar com Elias), ou baixadas do Site da Prefeitura.

**CERTIFIQUE-SE QUE O PACIENTE ENTENDEU TUDO QUE ESTÁ RECOMENDADO!**

**URINA DE 24 HORAS:**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

## **RECOMENDAÇÃO URINA 24 HORAS**

**1) ESVAZIE COMPLETAMENTE A BEXIGA PELA MANHÃ E MARQUE A HORA EXATA EM QUE TERMINOU DE URINAR.**

**2) JOGUE FORA ESSA URINA.**

**3) A PARTIR DESTA HORA, COLHA TODA A URINA EM GARRAFA DE ÁGUA MINERAL, PELO PERÍODO DE 24 HORAS EXATAS, COLHENDO INCLUSIVE A PRIMEIRA URINA DA MANHÃ SEGUINTE.**



---

**OBSERVAÇÃO: DURANTE A COLETA, CONSERVAR A URINA EM GELADEIRA, SE POSSÍVEL. USAR GARRAFAS DE ÁGUA MINERAL SEM GÁS (NUNCA DE REFRIGERANTES, ALCOOL OU BEBIDAS ALCOÓLICAS).**

---

**FOLHIMANUSIMB - ALTERADO 1987 - 1387 - VIAÚNICA-FORMATO (para 3mm) - CDD. MATERIAL: 31 389**

**GLICOSÚRIA FRACIONADA:**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

### **RECOMENDAÇÃO URINA PARA GLICOSURIA FRACIONADA**

**1- ÀS 6 HORAS, Esvaziar a bexiga, e desprezar a urina.**

**2- A PARTIR DESTA HORA, Juntar todo o volume urinário até às 12 horas e rotular como amostra 1.**

**3- A PARTIR DESTA HORA, Juntar todo o volume urinário até às 18 horas e rotular como amostra 2.**

**4- A PARTIR DESTA HORA, Juntar todo o volume urinário até às 24 horas e rotular como amostra 3.**

**5- A PARTIR DESTA HORA, Juntar todo o volume urinário até às 6 horas inclusive e rotular como amostra 4.**

**6- QUANDO O EXAME FOR EM 3 PERÍODOS, A PARTIR DAS 18 HORAS, Juntar todo o volume urinário até as 6 horas inclusive e rotular como amostra 3.**

**REMETER AO LABORATÓRIO TODAS AS AMOSTRAS DE URINA, EM FRASCOS SEPARADOS E DEVIDAMENTE ROTULADOS.**



---

**OBS:- DURANTE A COLETA, CONSERVAR A URINA EM GELADEIRA. USAR GARRAFAS DE ÁGUA MINERAL SEM GÁS (NUNCA DE REFRIGERANTES, ALCOOL OU BEBIDAS ALCOÓLICAS).**

---

FOI 3334488 003 - ALTERADO OUT/07 - V.A. UNICA - FORMATO A4 (91 2x148mm) - C.O.D. MATERIAL: 28.373

## URINA TIPO I – UROCULTURA:

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS</b></p>	 <p><b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p>
<p><b>URINA TIPO I - UROCULTURA</b></p> <p><b>RECOMENDAÇÃO</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- DEVE SER COLHIDA A PRIMEIRA URINA DA MANHÃ.</li> <li>- LAVE OS GENITAIS EXTERNOS COM ÁGUA ABUNDANTE E SABÃO.</li> <li>- COLHA SOMENTE O JATO MÉDIO DA MICÇÃO, OU SEJA, DESPREZE A PRIMEIRA E A ÚLTIMA PORÇÕES DA MICÇÃO.</li> <li>- COLHER EM FRASCO LIMPO E SECO, E LEVAR IMEDIATAMENTE AO CENTRO DE SAÚDE OU LABORATÓRIO. CONSERVAR EM GELADEIRA ATÉ A HORA DO TRANSPORTE.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- EM CASO DE UROCULTURA E/OU BACTERIOSCOPIA A URINA DEVE SER COLHIDA EM FRASCO ESTÉRIL FORNECIDO PELO CENTRO DE SAÚDE OU LABORATÓRIO, O PACIENTE DEVERÁ TOMAR BANHO EM CASA ANTES DE DIRIGIR-SE A COLETA.</li> <li>- APÓS ASSEPSIA COM ÁGUA E SABÃO, DEVE SER COLETADA A 1ª URINA DA MANHÃ, JATO MÉDIO, OU QUE O PACIENTE APRESENTE PELO MENOS 3 HORAS DE RETENÇÃO URINÁRIA. COLHER SEMPRE EM FRASCO ESTÉRIL. COLOCAR EM GELO OU REFRIGERAR A 4° C ATÉ CHEGAR AO LABORATÓRIO.</li> <li>- EM PACIENTE DO SEXO FEMININO DEVERÁ SER EVITADA A CONTAMINAÇÃO VAGINAL.</li></ul>	
<hr/> <p>OBS.: NÃO ENCAMINHAR O PACIENTE PARA REALIZAR A COLETA NO LABORATÓRIO MUNICIPAL, POIS ESTE NÃO TEM CONDIÇÃO DE REALIZÁ-LA.</p> <hr/>	
<p><small>FD0164 - JUL60 - SMS - VAGUINCA - FORMATO A5 (148X210) - CÓDIGO DE MATERIAL: 20270</small></p>	

**BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL:**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



**RECOMENDAÇÃO PARA BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL**

Apaciente deve estar em abstinência sexual de 2 dias pelo menos.

Não fazer uso de antissépticos locais ou cremes vaginais, não estar menstruada, não estar fazendo uso de antibióticos ou quimioterápicos. Não ter realizado exame ginecológicos com toque ou ultrassom transvaginal nas 48 horas que antecedem o exame.

Acoleta do material deve ser feita preferencialmente pela manhã, sem que a paciente tenha feito higiene íntima.

Para crianças: Colher pela manhã sem ser feito higiene pessoal ( banho ).



Material à fresco: - Deve - se colocar o material coletado com um swab, confeccionado no próprio C.S, em tubo seco ( tampa vermelha ) com aproximadamente 1 ml de solução salina 0,9 % estéril, agitar e desprezar o swab. Não deve vir refrigerado. Não usar cotonete comercial.

Bacterioscopia: - Deve - se fazer em esfregaço na forma oval, em lâmina limpa com álcool e bem identificada, com o material colhido com o Swab. Colher em 2 lâminas para encaminhar ao laboratório.

---

FORM - SET / 05 / 980 - VA ÚNICA - FORMATO A5 (21x14) - CÓD. MATERIAL: 3093

## BACILOSCOPIA E CULTURA DE BK:

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS</b>	
<b>RECOMENDAÇÃO PARA BACILOSCOPIA E CULTURA DE ESCARRO ( BK )</b>		
<p>Preencher o campo do endereço e data de nascimento. Especificar se é diagnóstico ou controle de tratamento ( nesse caso o mês de tratamento ) em 2 vias.</p>		
<p>Colher duas amostras: 1ª amostra na hora da consulta e a 2ª pela manhã em jejum, após assepsia bucal. Procurar não enviar somente saliva.</p>		
<p>Colher em frasco com tampa de rosca. Escarro obtido por expectoração profunda ( tosse diafragmática ).</p>		
<p>Material enviado só pode ser recebido no máximo até 6 horas após coleta ou até 24 horas se refrigerado.</p>		
<p>Informar medicamentos em uso nos últimos 7 dias.</p>		
<p>Fazer a identificação do paciente legível e colocar no corpo do pote.</p>		
<p>Todo pote de escarro deverá vir acondicionado em gelo reciclável e bem calçado para não haver derrame de material.</p>		
<small>FO034 - SET 03/2003 - VIA ÚNICA - FORMATO B6 (132 X176) - CÓD. MATERIAL: 20404</small>		

**V- COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS:**

Conferir o nome do usuário completo com o do formulário de requisição de exames e separar o material para a coleta conforme a solicitação. Etiquetar o material com a etiqueta adequada. É bom reforçar com o paciente sobre as condições de preparo para a coleta (jejum, abstinência, dieta e outras condições necessárias inerentes a coleta).

Os anticoagulantes rotineiramente utilizados pelas Unidades da Rede Básica Municipal estão relacionados na tabela abaixo:

<b>COR DATAMPA DO TUBO DE COLETA</b>	<b>ANTICOAGULANTE</b>	<b>SETOR</b>	<b>MATERIAL *</b>
	EDTA/K3 OU K2	Hematologia, Imunohematologia e Hb glicada	Plástico
	Gel separador com ativador de coágulo	Sorologia, Bioquímica e Imunohematologia	Plástico
	Citrato de Sódio 3,2%	Somente Coagulação. Somente disponível no PAC e CHOV	Plástico
	Siliconizado sem anticoagulante e tem também o seco com ativador de coágulo.	Sorologia, Bioquímica e Imunohematologia	Plástico
	Fluoreto de Sódio + EDTA	Somente Glicose	Plástico
	Sem aditivo (no aditive)	A fresco de secreção vaginal	Plástico
	Sem aditivo (no aditive)	A fresco de secreção vaginal	Plástico

\*Na Rede foi padronizada a compra de apenas tubos plásticos para a coleta.

**Importante lembrar que nos tubos contém a informação do volume correto de material para cada tubo, e existe uma marca que delimita este volume e que os tubos com gel ou ativador de coágulo devem também ser homogeneizados como os que contém anticoagulantes.**

**Manual das Unidades Básicas**

Nos procedimentos da coleta deve-se observar:

1 – Para evitar falsas hemoconcentrações e microcitoses não deixe o torniquete amarrado por mais de 1 minuto.

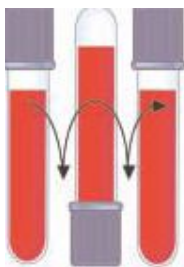
2-A assepsia deve ser realizada com álcool etílico ou isopropílico a 70%. **O MOVIMENTO PARA ANTISSEPSIA DEVE SER DE DENTRO PARA FORA**

3 – Para prevenir hemólise in vitro: ao puncionar, tenha certeza que o antisséptico já secou, não puncione área com hematoma.

4- Por questões de segurança **não se recomenda o uso** (de acordo com a CLSI- Clinical and Laboratory Standards Institute) **de seringas e agulhas para a venopunção**, mas caso seja utilizado deve-se padronizar um método de se retirar a agulha com o uso de pinças ou caixas próprias, **MAS NUNCA COM AS MÃOS**.

5- Em coletas realizadas com seringa em que o sangue deve ser transferido para tubos à vácuo, deve-se abrir os tubos para retirar o vácuo e colocar o sangue retirando primeiro a agulha da seringa (segundo normas corretas para retirar a agulha, nunca com as mãos), e deixar o sangue escorrer devagar pela parede até a marca que contém em cada tubo para respeitar a proporção sangue: anticoagulante. Desta forma não se tem problemas de hemólise e alteração da proporção sangue: anticoagulante.

6 – A mistura de sangue e anticoagulante demanda pelo menos **8 inversões** delicadas do recipiente (tubo). Isto inclui tubos de coleta com gel ativador.



**Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.**

- 7- As mãos devem ser higienizadas após o contato com cada paciente, evitando assim a contaminação cruzada.
- 8- Existe uma sequência padronizada para a coleta de acordo com os tubos, para que um anticoagulante não interfira nos resultados dos tubos subsequentes.

**9. Sequência de coleta para tubos plásticos de coleta de sangue utilizados na rede:**

- 9.1. Primeiro coletar Tubo(s) para soro com ativador de coágulo, com gel separador (tampa vermelha ou amarela), depois
- 9.2. Tubo(s) com EDTA (tampa roxa), e por último o
- 9.3. Tubo com fluoreto (tampa cinza).

10- A coleta de sangue a vácuo é a recomendada pelo CLSI( Clinical and Laboratory Standards Institute) pois oferece inúmeras vantagens: Fácil manuseio, quantidade de sangue coletado proporcional ao anticoagulante, em uma única punção pode-se colher vários tubos e segurança do profissional da saúde e do paciente por ser um sistema fechado de coleta.

**ATENÇÃO AOS CUIDADOS PARA UMA PUNÇÃO BEM SUCEDIDA**

O ideal é que seja única, proporcionando segurança e conforto ao paciente. O ângulo de coleta deve ser oblíquo e de 30°. Vide figuras abaixo:

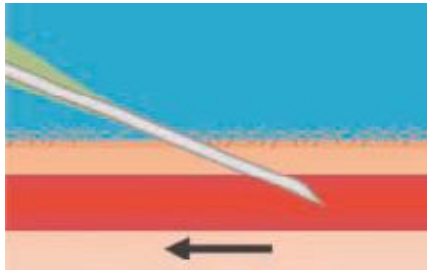


CORRETA ANGULAÇÃO NA COLETA 30°



INCORRETA ANGULAÇÃO

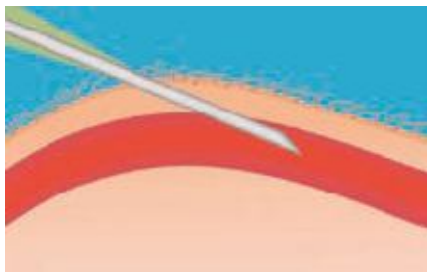
**Manual das Unidades Básicas**



**PUNÇÃO VENOSA ADEQUADA**

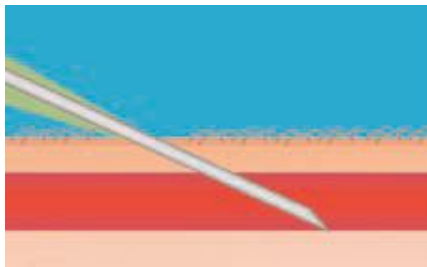
Deve-se tomar cuidado quando o sangue não for obtido logo na primeira punção.

A seguir se apresentam algumas alternativas quando a punção venosa não foi feita adequadamente:



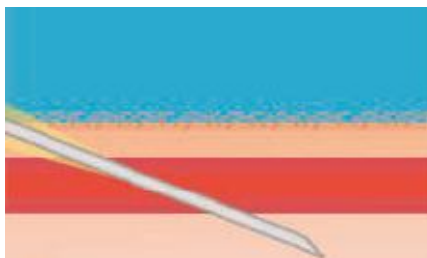
**INTERRUPÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO**

O ideal é inclinar um pouco para cima e avançar bem pouco a agulha, permitindo a passagem do fluxo sanguíneo para dentro desta.



**INTERRUPÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO**

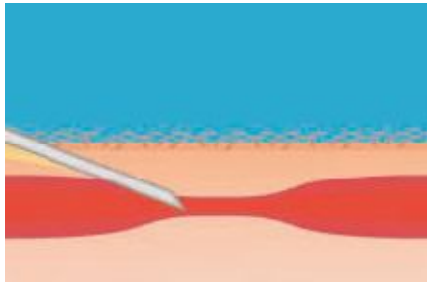
Retroceder um pouco a agulha e girar bem pouco o adaptador, permitindo a recomposição do fluxo sanguíneo.



**A AGULHA TRANSFIXOU A VEIA**

Retroceder um pouco a agulha, observando a retomada do fluxo.

**Manual das Unidades Básicas**



COLABAMENTO VENOSO

Retirar ou afrouxar o torniquete para que a circulação se restabeleça. Em seguida, retroceder um pouco a agulha, para permitir que o fluxo sanguíneo desobstrua.



O BISEL DA AGULHA PENETROU PARCIALMENTE A VEIA

DO PACIENTE.

Neste momento se observa a formação de hematoma. Para evitar que seja feita uma segunda punção, introduza um pouco mais a agulha no braço do paciente, tranqüilizando-o. Após o término da coleta, fazer compressa com gelo e se for o caso, pedir uma avaliação do braço por um profissional habilitado.

Evitar movimentos de busca aleatória de veia, pois pode resultar em hemólise e formação de hematoma. Caso ocorra a perda de vácuo, substituir o tubo. Caso haja punção acidental de artéria onde o fluxo é mais rápido e o sangue tem uma cor vermelha mais "viva", devido à maior oxigenação da hemoglobina. Recomenda-se retirar rapidamente a agulha, em seguida, realizar forte compressão até a parada do sangue. O Supervisor necessita ser notificado.

**RESUMO DA SEQUÊNCIA DO PROCEDIMENTO DE COLETA DE SANGUE VENOSO:**

- 1- Checar para que as condições do local de coleta estejam adequadas;
- 2- Conferir com o paciente os dados constantes no Formulário (nome completo, data de nascimento e exames solicitados);
- 3- Organizar e conferir todo o material a ser usado com o paciente. Identificar os tubos e/ou potes na frente do paciente;
- 4- Abrir o lacre da agulha de coleta a vácuo na frente do paciente e rosquear no adaptador do sistema a vácuo;
- 5- Higienizar as mãos

**Manual das Unidades Básicas**



**6-Calçar as luvas;**

As luvas devem ser trocadas antes da realização da venopunção.

As luvas devem ser calçadas, com cuidado, para que não rasguem. Devem ficar bem aderidas à pele, para que o flebotomista não perca a sensibilidade no momento da punção.



**7-Posicionar o braço do paciente, inclinándolo para baixo na altura do ombro;**



**8- Fazer a antissepsia utilizando movimentos de dentro para fora;**

9-Garrotear o braço do paciente (Se o torniquete for utilizado para a escolha da veia, pedir para o paciente abrir e fechar a mão; afrouxar o torniquete e esperar 2 minutos antes de utilizá-lo novamente para realizar a coleta.

**Manual das Unidades Básicas**

10- Retirar a proteção que recobre a agulha de coleta e fazer a punção numa angulação oblíqua de 30°, com o bisel da agulha voltado para cima. Pode esticar a pele com a outra mão para melhor visualizar a veia, se for necessário (mas não no local da antissepsia).

11- Inserir o primeiro tubo a vácuo, e soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir dentro do tubo.

12- Realizar as trocas dos tubos obedecendo a sequência necessária (página 15).

13- Após retirar o último tubo, remover a agulha e fazer a compressão no local da punção, com algodão ou gaze secos. Em geral de 1 a 2 minutos para evitar a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições oriente-o para fazê-lo até que pare de sangrar.

14- Descartar a agulha imediatamente após a remoção do braço do paciente em recipientes de materiais perfuro-cortante com o auxílio de uma pinça ou em caixas próprias, NUNCA COM AS MÃOS.

15- Homogeneizar os tubos com anticoagulantes por inversão por 08 vezes;

16- Colocar o curativo oclusivo no local da punção.

17- Orientar o paciente para não carregar peso ou dobrar o braço no lado da punção por no mínimo 1 hora e se for necessário dar orientações adicionais.

18- Verificar se está em condição boa, e em caso afirmativo, liberá-lo.

19- Colocar as amostras em locais adequados, conforme padronização do laboratório.

Para maiores informações consultar: "Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial para COLETA DE SANGUE VENOSO" PELO SITE: <http://www.sbpc.org.br/profissional/noticia.diverso.php?id=2&tp=3>

**VI-ACONDICIONAMENTO E TRANSPORTE DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS:**

As amostras serão transportadas em caixas isotérmicas, impermeáveis e higienizáveis, de forma a garantir a estabilidade das amostras da coleta até a realização da análise.

Assim sendo, cada Unidade de Saúde dispõe de 02 jogos de Caixas Térmicas para o transporte do material, sendo que cada conjunto contém:

- 1) **01 CAIXA AZUL**- Para Transporte de Fezes- **USAR GELO**
  
- 2) **01 CAIXA AZUL**-Para Transporte de Urina- **USAR GELO**
  
- 3) **01 CAIXA VERMELHA**- Para Transporte de Sangue, com tubos de tampa vermelha ou amarela que serão utilizados pelas seções de Imunoquímica, Sorologia e Laboratórios de Apoio. **TEMPERATURA AMBIENTE (NÃO USAR GELO)**
  
- 4) **01 CAIXA VERMELHA**- Para o Transporte de Sangue, com tubos de tampa roxa que serão utilizados pela seção de hematologia e Hb1c, e tubos de tampa cinza que serão utilizados pela seção de imunoquímica. **TEMPERATURA AMBIENTE (NÃO USAR GELO)**

Em algumas Unidades, onde a quantidade de material para transporte é menor, existe uma **CAIXA TÉRMICA VERMELHA**, que deve ser utilizada para fazer o transporte de todo material de sangue.

Para os demais, como **ESCARRO** e **BIÓPSIA** São **OBRIGATÓRIOS** que venham em caixas separadas (uma caixa para as **biópsias EM TEMPERATURA AMBIENTE**, outra caixa para **escarro-BK COM GELO**).

**Manual das Unidades Básicas**

Preferencialmente, **exames de microbiologia** (como por exemplo: a fresco de secreção vaginal, bacterioscopia de secreção vaginal, hanseníase, culturas em geral) deverão ser encaminhados **em temperatura ambiente (não utilizar gelo)**, em malote pequeno próprio. Caso não esteja disponível na Unidade, utilizar o malote de sangue.

**Urgências e Coleta Domiciliar (à tarde):** Utilizar caixa pequena separada

**H1N1, dengue, isolamento viral:** Utilizar caixa pequena separada exclusivamente para esta finalidade, com uso de gelo, sendo que os tubetes do H1N1 devem vir dentro de saco plástico com um nó, identificado nos tubetes o nome completo do paciente.

Para **reposição de caixas térmicas**, entrar em contato com o Almojarifado do Laboratório Municipal no telefone: 3266 8888 ramal 248.

Todas as caixas serão identificadas com a simbologia de **Risco Biológico** e com a identificação da Unidade Básica que enviou.

**COM RELAÇÃO À TEMPERATURA PARA TRANSPORTE:**

Padronizado na rede caixas pequenas ou grandes.

Padronizado a quantidade de gelo reciclável dentro das caixas para garantir o transporte das amostras em temperatura ideal.

**CAIXAS GRANDES:** 06 pacotes de gelo reciclável

**CAIXA PEQUENA:** 02 pacotes de gelo reciclável

**FEZES, URINA E ESCARRO DEVEM SER ENVIADOS EM GELO.**

**SANGUE E BIÓPSIAS NÃO DEVEM SER ENVIADOS EM GELO, MANTER À TEMPERATURA AMBIENTE.**

Os tubos de sangue devem vir acondicionados em **grades**, que quando necessários serão repostas pelo Laboratório Municipal de Campinas.

Os frascos devem estar bem rosqueados e vedados.

Os materiais devem ser arrumados dentro das caixas e calçados com papéis ou papelão de forma a não se movimentarem dentro das caixas durante o transporte, garantindo assim que não vazem ou tombem durante o transporte.

Os Formulários de Requisição de Exames deverão ser encaminhados em pastas ou envelopes presos fora da caixa, desta maneira não serão contaminados pelos materiais biológicos.

**VII- REQUISIÇÃO DE EXAMES:**

Existem 02 tipos de serviços que recebem os impressos/cartelas do Laboratório Municipal:

- 1) Serviços que apenas solicitam exames:

Receberão apenas **"IMPRESSO ÚNICO"**: formulários de solicitação de exames distribuídos pelo Laboratório mediante grade própria. Pedidos eventuais deverão ser feitos ao setor Administrativo, mediante Memorando, aos cuidados de Wanderley ou Rodrigo.

Exemplo: Policlínicas de especialidades solicitam os exames, e a coleta é feita no CS mais próximo da casa do paciente. Importante preencher em "Dados Clínicos", o campo "encaminhar resultado para", caso deseje que este laudo seja ser entregue em Unidade diferente do local onde o exame foi coletado.

- 2) Serviços que solicitam exames e realizam coleta:

Receberão **"IMPRESSO ÚNICO"** acompanhados de **cartelas de código de barra** para identificação das amostras. Os formulários de solicitação de exames e as etiquetas serão distribuídos pelo Laboratório mediante grade própria. Pedidos eventuais deverão ser feitos ao setor Administrativo, mediante Memorando, aos cuidados de Wanderley ou Rodrigo.

Segue abaixo a descrição de como preenchê-lo e como coletar as amostras.

**VIII-FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES (IMPRESSO ÚNICO) E CARTELA DE CÓDIGOS DE BARRA FORNECIDOS PELO LMC:**

Para facilitar a identificação do Formulário Único de Requisição de Exames que está em vigor (nova versão), estamos utilizando o novo logotipo do Laboratório: 20 anos !

Na falta de **Formulário** solicitar ao Laboratório. É permitido emprestar de outra Unidade.

Na falta de **cartela de código de barras**, **solicitar somente ao Laboratório**, porque cada Unidade tem sua própria cartela (**esta não pode ser emprestada de outra Unidade**).

Alguns cuidados são necessários com o Formulário: não dobrar ou amassar, não deixar aos cuidados do paciente, não rasurar, fica proibida a cópia (Xerox), pois os mesmos têm identificação única (através de código de barra) a ser utilizada no nosso scanner.

Preencher o Formulário somente com caneta azul ou preta e com letra de forma (legível).

Manual das Unidades Básicas



LABORATÓRIO MUNICIPAL DE  
PATOLOGIA CLÍNICA DE CAMPINAS

Marque as opções desta forma: ■  
NÃO RASURE O FORMULÁRIO



\* - campo obrigatório

PACIENTE

\* Nome completo do paciente (em letras de forma, sem abreviatura):

\* Sexo:  M  F

\* Data de nascimento:  /  /  Número Matrícula na Unidade (FF):   
 Nome da equipe:

\* ID Solicitante - Nome do profissional universitário solicitante

Etiqueta:

\* Conselho de Classe:  
 CRM  COREN  CRO  CRN \* Nº:

\* Carimbo:

\* Data da solicitação:  
 /  /

DADOS CLÍNICOS

Encaminhar resultado para:  Transcrição de: (assinale se este exame foi solicitado por outra Instituição ou Município ou profissional)

Medicação em uso:

URGENTE:   
 (assinale apenas se tratar-se de exame urgente)

COLETA

Nome do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado

Nome do profissional que realizou a coleta

Espaço para observações de coleta  N° SINAN: (obrigatório para doenças de notificação compulsória)

Para clearance creatinina  
 Peso:  kg  
 Altura:  m

Campanha:   
 (assinale apenas se tratar-se de exame de campanha)

1 - HEMATOLOGIA (tampa roxa)

- Hemograma completo  Reticulócitos  Eletroforese hemoglobina  VHS  
 Hemograma/Dengue  Plaquetas  Hb/Ht/hematimetria

2 - IMUNOHEMATOLOGIA (tampa roxa)

- Tipagem ABO/RH  COOMBS Direto (TAD)

3 - HEMOGLOBINA GLICADA (tampa roxa)

- HBA 1C

4 - GLICEMIA (tampa cinza)

- Glicemia em jejum

5 - IMUNOQUÍMICA (tampa vermelha/amarela)

- |  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido úrico                 | <input type="checkbox"/> Creatinina         | <input type="checkbox"/> Uréia                      | <input type="checkbox"/> FSH                      | <input type="checkbox"/> CEA                         |
| <input type="checkbox"/> Albumina                    | <input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina | <input type="checkbox"/> Alfa 1 Glicoproteína ácida | <input type="checkbox"/> LH                       | <input type="checkbox"/> Hepatite A - IgG            |
| <input type="checkbox"/> Amilase                     | <input type="checkbox"/> Ferro sérico       | <input type="checkbox"/> ASLO                       | <input type="checkbox"/> Insulina                 | <input type="checkbox"/> Hepatite A - IgM            |
| <input type="checkbox"/> AST (TGO)                   | <input type="checkbox"/> Fósforo inorgânico | <input type="checkbox"/> Ferritina                  | <input type="checkbox"/> Progesterona             | <input type="checkbox"/> Hepatite B - HBsAg          |
| <input type="checkbox"/> ALT (TGP)                   | <input type="checkbox"/> Gama GT            | <input type="checkbox"/> Fator Reumatóide (FR)      | <input type="checkbox"/> Prolactina               | <input type="checkbox"/> Hepatite B - Anti-HBs       |
| <input type="checkbox"/> Bilirrubinas total e direta | <input type="checkbox"/> LDH                | <input type="checkbox"/> Imunoglobulina A (IgA)     | <input type="checkbox"/> PSA Total                | <input type="checkbox"/> Hepatite B - Anti-HBc total |
| <input type="checkbox"/> Cálcio                      | <input type="checkbox"/> Lipase             | <input type="checkbox"/> Imunoglobulina G (IgG)     | <input type="checkbox"/> Testosterona Total       | <input type="checkbox"/> Rubéola IgG                 |
| <input type="checkbox"/> CK                          | <input type="checkbox"/> Magnésio           | <input type="checkbox"/> Imunoglobulina M (IgM)     | <input type="checkbox"/> T4 Livre                 | <input type="checkbox"/> Rubéola IgM                 |
| <input type="checkbox"/> Cloro                       | <input type="checkbox"/> NA - Sódio         | <input type="checkbox"/> Proteína C reativa (PCR)   | <input type="checkbox"/> TSH ultra sensível       | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG            |
| <input type="checkbox"/> Colesterol total            | <input type="checkbox"/> K - Potássio       | <input type="checkbox"/> Ácido Fólico               | <input type="checkbox"/> Anti-TPO                 | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM            |
| <input type="checkbox"/> Colesterol HDL              | <input type="checkbox"/> Proteínas totais   | <input type="checkbox"/> Cortisol sérico            | <input type="checkbox"/> Anti-Tireoglobulina      |  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol LDL              | <input type="checkbox"/> Triglicérides      | <input type="checkbox"/> Estradiol                  | <input type="checkbox"/> AFP (Alfa Feto Proteína) |  |

6 - SOROLOGIAS (tampa vermelha / amarela)

- COOMBS Indireto (PAI)  Células LE  Chagas (IHA)  HIV  HIV gestante  Mononucleose  
 Acidente de trabalho fonte  Citomegalovírus-IGG  Eletroforese de proteínas  Sífilis  Sífilis gestante  
 Acidente de trabalho funcionário  Citomegalovírus-IGM  Hepatite C (ELISA)





**7 - APOIO (tampa vermelha/amarela)**

PUCC (SADT/filipeta)			IAL (SADT/SINAN)
<input type="checkbox"/> 17 OH - Progesterona	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> Rast de alimentos	<input type="checkbox"/> Adenovírus (SADT) <input type="checkbox"/> Blastomicose (SADT) <input type="checkbox"/> Dengue (SINAN) <input type="checkbox"/> Isolamento viral dengue (SINAN/SADT/filipeta) <input type="checkbox"/> NS1 (SINAN/SADT/filipeta) <input type="checkbox"/> Febre amarela (SINAN) <input type="checkbox"/> Febre maculosa (SINAN) <input type="checkbox"/> Febre tifóide (SINAN) <input type="checkbox"/> Leishmaniose (SINAN) <input type="checkbox"/> Leptospirose (SINAN) <input type="checkbox"/> Sarampo (SINAN) <input type="checkbox"/> Sorologia Esquistossomose (SINAN) <input type="checkbox"/> Toxocara (SADT) <input type="checkbox"/> Raiva (requisição própria) <input type="checkbox"/> Rubeola (SINAN) <input type="checkbox"/> H1N1 (SINAN) - swab nasofaringe
<input type="checkbox"/> Ácido Valpróico	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Rast de chocolate	
<input type="checkbox"/> Aldolase	<input type="checkbox"/> Carbamazepina	<input type="checkbox"/> Rast de clara de ovo	
<input type="checkbox"/> Aldosterona	<input type="checkbox"/> CH50	<input type="checkbox"/> Rast de corante (Tartrazina)	
<input type="checkbox"/> Androstenediona	<input type="checkbox"/> Clamydia (sorologia)	<input type="checkbox"/> Rast de leite de vaca	
<input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipina	<input type="checkbox"/> Cobre (colher 2 tubos)	<input type="checkbox"/> Rast de soja	
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadina	<input type="checkbox"/> DHEA	<input type="checkbox"/> Rast de fungos	
<input type="checkbox"/> Anti-DNA	<input type="checkbox"/> Digoxina	<input type="checkbox"/> Rast de gema de ovo	
<input type="checkbox"/> Anti-LA	<input type="checkbox"/> FAN	<input type="checkbox"/> Rast de poeira	
<input type="checkbox"/> Anti-RNP	<input type="checkbox"/> Fenitoína	<input type="checkbox"/> Rast de pêlos	
<input type="checkbox"/> Anti-RO	<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Rast polen	
<input type="checkbox"/> Anti-Sm	<input type="checkbox"/> GH	<input type="checkbox"/> SDHEA	
<input type="checkbox"/> Anti-TRAB	<input type="checkbox"/> Herpes 1 e 2 - IgG e IgM	<input type="checkbox"/> Somatomedina C - IGF1	
<input type="checkbox"/> BHCg (com justificativa em SADT)	<input type="checkbox"/> HTLV	<input type="checkbox"/> Testosterona livre	
<input type="checkbox"/> Brucelose	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E (IgE)	<input type="checkbox"/> Tireoglobulina	
<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> Lítio	<input type="checkbox"/> Vitamina B 12	
<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> Rast de abelha		
<input type="checkbox"/> CA-125	<input type="checkbox"/> Rast de ácaros		

**8 - COPROLOGIA (frasco)**

<input type="checkbox"/> À fresco de fezes	<input type="checkbox"/> PH fecal	<input type="checkbox"/> Pesquisa substâncias redutoras	<input type="checkbox"/> Swab anal - tubo seco com 2 ml de salina
<input type="checkbox"/> Sangue oculto	<input type="checkbox"/> Coprocultura (SADT)	<input type="checkbox"/> Pesquisa Isospora/Criptosporídeo (SADT)	
<input type="checkbox"/> Kato (SADT)	<input type="checkbox"/> Rotavírus	<input type="checkbox"/> Pesquisa Schistosoma mansoni	

**9 - PARASITOLOGIA (frasco paratest com formalina)**

Proto-Parasitológico

**10 - URINÁLISES (frasco tampa branca)**

Urina 1       HCG urinário (teste gravidez)

**11 - URINA - MICROBIOLOGIA (frasco tampa vermelha)**

Bacterioscopia jato médio     Urocultura jato médio     Urocultura sonda de alívio     Urocultura sonda demora

**12 - ESCARRO (frasco)**

Baciloscopia BK-Diagnóstico - 1ª Amostra     Cultura BK (impresso próprio)  
 Baciloscopia BK-Diagnóstico - 2ª Amostra     Pesquisa fungos (SADT)     Baciloscopia BK controle tratamento  mês

**13 - SECREÇÃO VAGINAL**

à fresco (tubo seco de tampa vermelha sem ativador de coágulo com 1-2 ml de salina)     Bacterioscopia (lâmina embrulhada em papel alumínio)

**14 - HANSENÍASE (enviar impresso próprio)**

Diagnóstico     Controle

**15 - CULTURAS EM GERAL (meio de transport Stuart, enviar SADT)**

Úlceras     Secreção ferida     Secreção ocular     Secreção orofaringe

**16 - ANATOMIA PATOLÓGICA (enviar SADT)**

Citologia Oncótica escarro     Citologia Oncótica demais materiais     Anatomo-Patológico colo uterino     Anatomo-Patológico demais materiais

**17 - LÂMINAS**

Citologia Nasal     Micológico direto (em SADT informar local da coleta)

**18 - MICROALBUMINÚRIA (frasco)**

Microalbuminúria- urina (amostra isolada)

**19 - BIOQUÍMICA URINA DE 24 HORAS (frasco água mineral sem gás)**

<input type="checkbox"/> Ácido úrico urinário	<input type="checkbox"/> Glicosúria 24 horas	<input type="checkbox"/> Potássio urinário	<b>PUCC (SADT/Filipeta)</b> <input type="checkbox"/> Ácido vanil mandélico <input type="checkbox"/> Citrato <input type="checkbox"/> Metanefrinas urinárias <input type="checkbox"/> Cortisol urinário <input type="checkbox"/> Oxalato
<input type="checkbox"/> Cálcio urinário	<input type="checkbox"/> Proteinúria 24 horas	<input type="checkbox"/> Uréia urinária	
<input type="checkbox"/> Creatinina urinária	<input type="checkbox"/> Glicosúria fracionada (4 períodos)	<input type="checkbox"/> Clearance de creatinina	
<input type="checkbox"/> Fósforo urinário	<input type="checkbox"/> Sódio urinário	(colher soro, informar Peso/Altura)	

**20 - EXAMES ESPECIALIZADOS-PAC E CHOV (agendar pelo telefone)**

<input type="checkbox"/> TP / AP	<input type="checkbox"/> Curva glicêmica gestante	<input type="checkbox"/> PTH (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> TTPA	<input type="checkbox"/> Curva insulínêmica e glicêmica	<input type="checkbox"/> ACTH (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> Plaquetas para coagulograma	<input type="checkbox"/> Glicemia após sobrecarga (0', 120')	<input type="checkbox"/> ACTH após dexametasona (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> Prova do laço	<input type="checkbox"/> Glicemia pós prandial - pós café	<input type="checkbox"/> Chumbo (só no PAC)
<input type="checkbox"/> Curva glicêmica clássica	<input type="checkbox"/> Glicemia pós prandial - pós-almoço (só no CHOV)	
<input type="checkbox"/> Curva glicêmica prolongada (só no CHOV)	<input type="checkbox"/> Secreção uretral (só no CHOV)	

Cartela de Códigos de Barra Fornecida pelo LMC:

 <p>2341 11323418 043-LMC 1/2</p>	 <p>2341 11323418 043-LMC 2/2</p>
 <p>2341-51 11323418-51 043-LMC ROXA HEMATO</p>	 <p>2341-52 11323418-52 043-LMC ROXA TIPAGE</p>
 <p>2341-53 11323418-53 043-LMC ROXA HBA1C</p>	 <p>2341-54 11323418-54 043-LMC CINZA GLICO</p>
 <p>2341-55 11323418-55 043-LMC VERM IMUNOQ</p>	 <p>2341-56 11323418-56 043-LMC VERM SOROL</p>
 <p>2341-57 11323418-57 043-LMC VERM APOIO</p>	 <p>2341-58 11323418-58 043-LMC FRASCO COPRO</p>
 <p>2341-59 11323418-59 043-LMC FRASCO PARATE</p>	 <p>2341-60 11323418-60 043-LMC FRABCO URINA1</p>

Manual das Unidades Básicas

 2341-61 1 1323418-61 043-LMC FRAYER UROCUL	 2341-62 1 1323418-62 043-LMC FRASCO ESCAR
 2341-63 1 1323418-63 043-LMC FRASCO ESCAR	 2341-64 1 1323418-64 043-LMC BRANCO AF VAG
 2341-65 1 1323418-65 043-LMC LAMINA VAG	 2341-66 1 1323418-66 043-LMC LAMINA HANSEN
 2341-67 1 1323418-67 043-LMC MEIO STUART	 2341-68 1 1323418-68 043-LMC FRASCO ANATOM
 2341-69 1 1323418-69 043-LMC LAMINA LAMINA	 2341-70 1 1323418-70 043-LMC FRASCO MALBUM
 2341-71 1 1323418-71 043-LMC FRASCO URI24	 2341-72 1 1323418-72 043-LMC FRASCO URI24
 2341-73 1 1323418-73 043-LMC FRASCO URI24	 2341-74 1 1323418-74 043-LMC FRASCO FTM URI24

VIII.1-IDENTIFICAÇÕES:

O Formulário de requisição de exames deve ser preenchido com letra de forma, sem abreviatura. **PREENCHER O FORMULÁRIO SOMENTE COM CANETA AZUL OU PRETA**

 **LABORATÓRIO MUNICIPAL DE PATOLOGIA CLÍNICA DE CAMPINAS**  
Marque as opções desta forma : ■  
NÃO RASURE O FORMULÁRIO

 **SUS**  
Campinas  
Secretaria Municipal de Saúde

\* - campo obrigatório

**PACIENTE**

\* Nome completo do paciente (em letras de forma, sem abreviatura):  
[Grid for patient name]

\* Sexo:  M  F

\* Data de nascimento: [Grid for birth date] / [Grid for birth date] / [Grid for birth date]      Número Matrícula na Unidade (FF): [Grid for FF number]

Nome da equipe: [Grid for team name]

\* ID Solicitante - Nome do profissional universitário solicitante  
[Grid for ID]

Etiqueta: [Grid for label]

\* Conselho de Classe:  
 CRM  COREN  CRO  CRN      \* Nº: [Grid for number]

\* Carimbo: [Grid for stamp]      \* Data da solicitação: [Grid for date] / [Grid for date] / [Grid for date]

 **Importante:**

Marque as opções desta forma : ■  
Evite marcar desta forma : ☒ ☑  
**NÃO RASURE O FORMULÁRIO**

 (\*) : indica o preenchimento obrigatório.

**IMPORTANTE: OS CAMPOS MARCADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHIMENTOS OBRIGATÓRIOS:**

- \* **NOME DO PACIENTE:** Nome completo, por extenso, do paciente (não usar abreviaturas)
- \* **SEXO** Sexo: M de masculino ou F de feminino
- \* **DATA DE NASCIMENTO** Data de nascimento no formato dia/mês/ano de nascimento com 4 dígitos: --/--/----
- \* **IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**
- \* **CONSELHO DE CLASSE DO SOLICITANTE**
- \* **Nº DO CONSELHO DE CLASSE DO SOLICITANTE** Identificação do Solicitante, com Conselho de Classe equivalente e seu respectivo número de registro,  
De acordo com a Secretária de Saúde, solicitarão exames os seguintes profissionais: Médico (CRM), Dentista (CRO), Enfermeira Padrão (COREN) e Nutricionista (CRN), seguindo protocolo.

## **Assistência Laboratorial no Município de Campinas**

### **Manual das Unidades Básicas**

\* **CARIMBO DO SOLICITANTE** Carimbo e assinatura do Solicitante,  
Nos casos onde o ACS (Agente Comunitário de Saúde) ou auxiliar de enfermagem necessitar pedir exames (baciloscopia de escarro ou ação programática), **somente a Enfermeira responsável pela coleta e/ou Coordenação de Centro de Saúde**, poderão assinar o formulário.

\* **DATA DA SOLICITAÇÃO** Data da solicitação do exame: neste campo o solicitante preenche a data em que o paciente passou em consulta e que o exame foi solicitado. Não é para colocar o dia da coleta, a não ser que seja o mesmo dia em que foi solicitado.

**ATENÇÃO: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS CAMPOS ACIMA, POIS SEM ESTE PREENCHIMENTO OS EXAMES NÃO SERÃO REALIZADOS!**

**Campos de preenchimento opcional:** Número de matrícula na unidade (FF- Ficha Familiar) e Nome da equipe.

**Etiqueta de identificação:** Colocar neste espaço a etiqueta de identificação do paciente, usar a etiqueta de código de barras  $\frac{1}{2}$

**EXEMPLO DA ETIQUETA USADA PARA IDENTIFICAÇÃO NO FORMULÁRIO. NÃO USAR OUTRO TIPO DE ETIQUETA !!!**






**Atenção a este item, pois muitos exames não são realizados devido à falta desta etiqueta no Formulário, impossibilitando a correlação do material com os dados do paciente. Os exames não serão realizados e solicitaremos nova coleta do material !**

**VIII.2-PLANILHA DE PROTOCOLO:**

A planilha de protocolo deverá ser utilizada nas Unidades que realizam coleta, para controle dos pacientes atendidos no dia, controle da chegada de resultados, e para solicitação (através de Memorando ou fax) de 2ª. Via de resultados de exames (o Laboratório necessita do número abaixo do código de barras para localização do paciente no sistema).

Esta Planilha de Protocolo não é fornecida pelo LMC e deve ser solicitada no Almoxarifado da Saúde (Telefone de contato- F:3241-2054, falar com Elias). Esta planilha deverá estar sempre disponível na Unidade, pois é através dela que ocorrem todos os controles de coleta.

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS			
<b>Planilha de Protocolo</b> <b>Laboratório Municipal de Campinas</b>					
Centro de Dia da coleta: _____ / _____		Responsável: _____			
 1 2345678 010 2/2 Nome: <i>Maria Apda Morais</i> Retorno resultado:		<b>Colar etiqueta 2/2</b> Nome: Retorno resultado:		<b>Colar etiqueta 2/2</b> Nome: Retorno resultado:	
<b>Colar etiqueta 2/2</b> Nome: Retorno resultado:		<b>Colar etiqueta 2/2</b> Nome: Retorno resultado:		<b>Colar etiqueta 2/2</b> Nome: Retorno resultado:	

No cabeçalho da Planilha deverão ser preenchidas as seguintes informações: Nome do Centro de Saúde, dia da coleta e responsável (cada coletadora deverá ter a sua folha de planilha). Após isto, a cada paciente atendido, colar a etiqueta adesiva de código de barras identificada como **2/2** no respectivo local.

**EXEMPLO DE ETIQUETA QUE SE COLA na PLANILHA:**



VIII.3- DADOS CLÍNICOS:

Vide modelo abaixo:

DADOS CLÍNICOS																																		
Encaminhar resultado para: (assinale apenas se desejar que o laudo seja entregue em Unidade diferente do local onde foi coletado)													Transcrição de: (assinale se este exame foi solicitado por outra Instituição ou Município ou profissional)																					
Medicação em uso:																																		
																							URGENTE: <input type="checkbox"/>		(assinale apenas se tratar-se de exame urgente)									

O campo “DADOS CLÍNICOS” tem preenchimento opcional, mas é de grande auxílio na realização e liberação de resultados de exames pelo Laboratório Municipal. Também é utilizado no Banco de dados epidemiológico do Município.

Solicitamos que minimamente sejam anotadas, quando pertinentes, as seguintes informações: Adenomegalia, alcoolismo, anemia/palidez, anorexia/perda de peso, artralgia, bexiga neurogênica, dengue, diabetes diagnóstico/controlado, disfunção tireoidiana, dislipidemia, dor abdominal/diarréia, febre a esclarecer, hepatopatias, hipertensão arterial, infecção urinária, insuficiência renal, medicação alto custo, Menopausa, obesidade, Pré Natal, Pré Natal 28 semanas, pré-operatório, prostatismo, entre outros.

O campo “Encaminhar resultado para”: este campo deverá ser preenchido apenas quando desejar que o laudo seja enviado para local diferente do local de coleta, neste caso, coloque o número da Unidade a ser enviado. Dúvidas em relação ao número da Unidade poderão ser esclarecidas por telefone no CAC (F: 3224 4367) do Laboratório Municipal ou consultar a página 92 deste Manual.

O campo “Transcrição de exames”: Caso outro profissional, Instituição ou Município solicite exames para o paciente, este campo deverá ser preenchido, informando estes dados. Entretanto, isto não desobriga ao profissional que fez a transcrição em estar se identificando nos campos “ID solicitante, Conselho de classe e número, carimbo e assinatura”. Se necessário o Coordenador da Unidade ou a Enfermeira responsável pela coleta deverão preencher estes campos. Sem a assinatura de algum responsável no Formulário, os exames **NÃO** serão realizados.

O Campo “Medicação em uso”: Importante preencher os nomes de medicamentos que o paciente está fazendo uso, pois alguns interferem nos resultados de exames. É importante colocar neste espaço “SEM MEDICAÇÃO”, quando o paciente não utiliza nenhuma medicação, pois com esta informação, esclarece aos Analistas Clínicos de que o paciente não faz uso de medicação e não fica a dúvida de que talvez o paciente use medicação, mas o campo não foi preenchido. Se o espaço for insuficiente, anote os demais em um papel e envie junto ao Impresso Único presos com um clipe, NUNCA grampear.

Ainda neste grupo, existe o campo de **URGENTE**, e deverá ser assinalado somente quando tratar-se de exame urgente, colocar o Dado Clínico que justifique a urgência.

Exames que poderão ser solicitados como **Urgentes**:

- GLICEMIA
- TGO, TGP e BILIRRUBINAS
- SÓDIO e POTÁSSIO
- CÁLCIO
- AMILASE
- URÉIA e CREATININA
- TP/AP
- Hb/Ht/hematimetria
- Plaquetas
- HEMOGRAMA (INCLUINDO HEMOGRAMA DENGUE)
- RETICULÓCITOS
- URINA I, BACTERIOSCOPIA e UROCULTURA
- EXAME À FRESCO DE FEZES
- BK (Tuberculose)

**VIII.4- COLETA:**

Este campo é novo dentre as versões antigas do Formulário Único de Requisição de Exames. Este campo é de preenchimento **obrigatório** pelo Profissional da coleta e deve ser realizado no “Box” de coleta, no momento da punção ou recebimento do material trazido pelo paciente. Vide modelo abaixo:

<b>COLETA</b>	
Nome do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado	Para clearance creatinina
<input type="text"/>	Peso: <input type="text"/> , <input type="text"/>
Nome do profissional que realizou a coleta	Altura: <input type="text"/> , <input type="text"/>
Espaço para observações de coleta	<b>Nº SINAN:</b> <input type="text"/> <small>(obrigatório para doenças de notificação compulsória)</small>
<input type="text"/>	<b>Campanha:</b> <input type="checkbox"/> <small>(assinale apenas se tratar-se de exame de campanha)</small>

No grupo “**COLETA**”, o profissional de coleta deve preencher:

O campo “**Nome do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado**”:

Este campo é de preenchimento **obrigatório** para: crianças **menores de 10 anos**, adultos considerados incapazes pela Justiça, ou ainda tutelados.

**Manual das Unidades Básicas**

O campo “Nome do profissional que realizou a coleta” é de preenchimento **obrigatório**, onde **conste o primeiro e último nome do coletador**, para fins de rastreabilidade e caso seja necessário.

O Campo “Espaço para observações de coleta” é de preenchimento opcional e o profissional pode colocar qualquer informação que considerar importante, como por exemplo: Falta de jejum adequado, coleta difícil, veias finas, presença de hematoma após punção, paciente ictérico, prova do laço positiva, paciente desmaiou, paciente vomitou, entre outros.

O campo “Nº SINAN” é de **preenchimento obrigatório** para doenças de Notificação Compulsória, tais como: Dengue, isolamento viral dengue, NS1, Febre amarela, Febre Maculosa, Febre tifóide, Leishmaniose, Leptospirose, Sarampo, Sorologia para Esquistossomose, Rubéola e H1N1.

**ATENÇÃO:** O preenchimento do número do SINAN no Formulário, **NÃO** elimina a necessidade de encaminhar junto com o Formulário o documento do SINAN, assim como o Check-list e SADT quando solicitados.

No campo “Campanha”, assinalar este campo somente se tratar-se de exame de Campanha.

No campo “Para clearance creatinina, Peso e Altura”: Este campo é de preenchimento obrigatório quando for solicitado exame de Clearance de Creatinina. Peso deverá ser anotado em Kilogramas(Kg) e altura em metros(m).

Exemplo:

Peso:			
0	7	8	0

Altura:		
1	8	0

**IMPORTANTE !** Faz parte do Exame Clearance de Creatinina: **Dados de Peso e Altura, Urina de 24 horas e tubo de sangue com tampa vermelha ou amarela COLETADOS TODOS NO MESMO DIA.** Na falta de alguma destas informações, o Laboratório **não realizará este exame.**

**IX- FORMULÁRIO ÚNICO- EXAMES LABORATORIAIS PROPRIAMENTE DITOS:**

Serão fornecidas neste item 5, orientações referentes aos materiais e cuidados para a coleta de cada item do Formulário de Requisição de exames. É importante ter conhecimento prévio de todas as Orientações contidas neste Manual, pois elas prezam a padronização e boas práticas para a qualidade do atendimento.

Orientações mais detalhadas podem ser obtidas no item 12 - Referências Bibliográficas ou outras fontes de boa procedência.

Devem-se procurar Orientações para os exames não contemplados neste Formulário ou demais dúvidas no setor CAC (Central de Atendimento ao Cliente) do Laboratório Municipal de Campinas (f: 3224 4367).

Antes de entrarmos nas especificações de cada setor analítico, vale relembrar quanto a:

**A)** O preenchimento correto do Formulário Único de Requisição de Exames:

Preencher somente com **caneta preta ou azul**. Usar **letra de forma** (legível).

**B)** Quanto às condições básicas de preparo do paciente para a coleta, vamos dispor a necessidade do jejum por grupo de exames correlacionando com idade, conforme descrito a seguir:

**IMPORTANTE !** Jejum prolongado também é interferente nos resultados de exames. **NÃO ACEITAR COLHER EXAMES COM JEJUM ACIMA DE 14 HORAS!!! Exercícios moderados a extenuantes, cigarro e bebidas alcoólicas também são interferentes e devem ser evitados na VÉSPERA e no dia da coleta.**

**Manual das Unidades Básicas**

<b>NÚMERO DO GRUPO NO FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES</b>	<b>JEJUM NECESSÁRIO PARA bebês e CRIANÇAS ATÉ 02 ANOS</b>	<b>JEJUM NECESSÁRIO PARA Crianças maiores de 02 anos, ADULTOS e Idosos</b>
<b>1- Hematologia</b>	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM	JEJUM: 03 a 04 HORAS
<b>2- Imunohematologia</b>	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM	JEJUM: 03 a 04 HORAS
<b>3- Hemoglobina Glicada</b>	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM	JEJUM: 08 a 10 HORAS
<b>4- Glicemia</b>	JEJUM mínimo de 04 HORAS	JEJUM: 08 a 10 HORAS
<b>5- Imunoquímica</b>	*crianças até 01 ano de idade: JEJUM mínimo de 03 HORAS ou no intervalo das mamadas.	*crianças de 01 ano até 05 anos de idade: JEJUM mínimo de 06 HORAS  Crianças maiores de 05 anos de idade, adultos e idosos: JEJUM 12 à 14 HORAS
<b>6-Sorologia</b>	JEJUM de 03 a 04 HORAS ou intervalo entre as mamadas	JEJUM de 04 a 08 HORAS
<b>7-Apoio</b>	JEJUM de 03 a 04 HORAS ou intervalo entre as mamadas	JEJUM de 04 HORAS
<b>Grupos: 08 até 19</b>	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM
<b>20- Exames Especializados TP/TTPA/plaquetas</b>	NÃO É NECESSÁRIO JEJUM	JEJUM de 04 HORAS
<b>20- Exames Especializados Todas as Curvas Glicêmicas</b>	JEJUM de 04 a 06 HORAS	JEJUM de 08 a 10 HORAS
<b>20 – Exames Especializados PTH, ACTH, Chumbo</b>	Colher no intervalo entre as mamadas	Jejum mínimo de 06 horas

Em casos em que o paciente tenha exames de mais de um grupo, deve-se levar em conta a idade do paciente e o **maior tempo de jejum**, por exemplo:

O paciente tem exames de Hemograma (Grupo 1), Glicose(Grupo 4), Colesterol, Triglicérides, Frações do Colesterol, Uréia e Creatinina, os quais são exames do Grupo 5, HIV(Grupo 6) e Vitamina B12(Grupo 7).

Avaliar os jejuns de cada grupo que ele precisa colher, de acordo com a idade. Veja os exemplos abaixo onde o perfil de exames é o mesmo e difere a idade:

Exames do paciente por grupo:	Lactente com 06 meses	Criança com 03 anos	Adulto de 45 anos
Grupo 1	Não é necessário jejum	Jejum de 03 a 04 horas	Jejum de 03 a 04 horas
Grupo 4	<b>Jejum de 04 a 06 horas</b>	<b>Jejum de 08 a 10 horas</b>	Jejum de 08 a 10 horas
Grupo 5	Jejum de 03 horas	Jejum de 06 horas	<b>Jejum de 12 a 14 horas</b>
Grupo 6 e 7	Jejum de 03 a 04 horas	Jejum de 03 a 04 horas	Jejum de 04 a 08 horas
<b>Jejum que deve ser solicitado é o de maior tempo, em relação aos analisados acima, na mesma coluna.</b>	<b>Jejum de 04 a 06 horas</b>	<b>Jejum de 08 a 10 horas</b>	<b>Jejum de 12 a 14 horas</b>

**C) Quanto ao modo correto de colar as etiquetas adesivas, para a Identificação das amostras do paciente:**

Vamos apresentar a seguir, as orientações corretas em como proceder para colar as etiquetas nos frascos, e depois em cada Grupo de exames terá uma foto demonstrando-as especificamente:

C.(1) Coletar o sangue respeitando o volume do tubo à vácuo, ou seja, coletar todo o volume de aspiração do tubo, esta informação contém em cada tubo e às vezes o volume máximo é demonstrado com uma seta no canto superior do tubo.



C.(2) O Laboratório precisa visualizar o material que foi coletado. Portanto, ao realizar a adesivação dos tubos, colar a etiqueta de código de barras exatamente em cima da etiqueta pré existente (a que vem de fábrica) no tubo.

Cola-se a etiqueta na Vertical de maneira que fique reta e lisa, ou seja, totalmente colada no tubo, sem ficar embolada ou com bolhas de ar. Deve-se respeitar o limite livre de 01 cm acima e abaixo do tubo, para que o mesmo não enrosque nos equipamentos automatizados.

**Não utilizar** outros tipos de etiquetas, esparadrapo ou fitas adesivas tipo “durex” nos materiais de coleta.



**Manual das Unidades Básicas**

C.(3) A recomendação de adesivação também é válida para os potes e frascos de coleta. As etiquetas nos potes de coleta ou frascos de 24 horas devem ser coladas na horizontal. Vide páginas 80,81 e 82.

**ATENÇÃO: PARA OS GRUPOS: 1- HEMATOLOGIA, 2- IMUNOHEMATOLOGIA E 3- HEMOGLOBINA GLICADA DEVERÃO SER UTILIZADOS TUBOS COM EDTA (TAMPA ROXA)**

Deve-se coletar 01 tubo de tampa roxa (anticoagulante EDTA) para cada um destes grupos.

O tubo deve ser homogeneizado suavemente 08 vezes por inversão, em seguida à coleta.

Vide foto do tubo necessário para a realização destes exames:



- Vide algumas Orientações que estão descritas neste Manual (página 6 a 19).

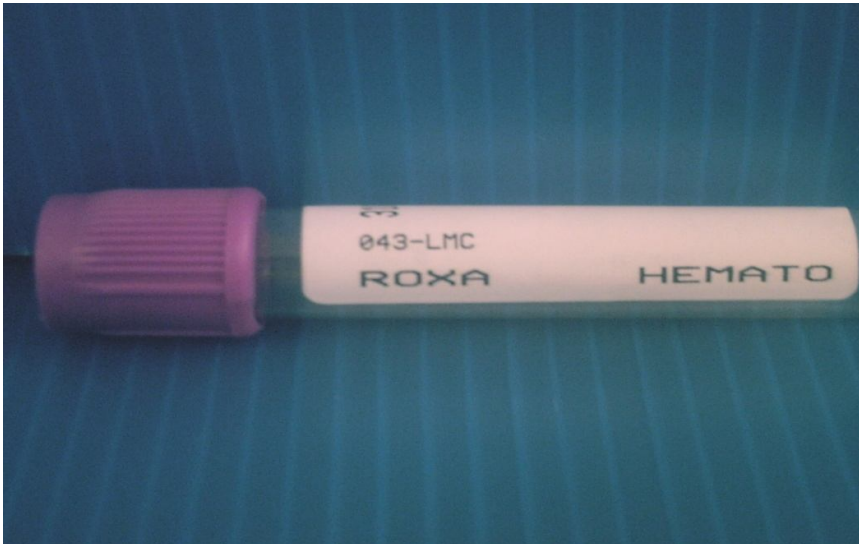
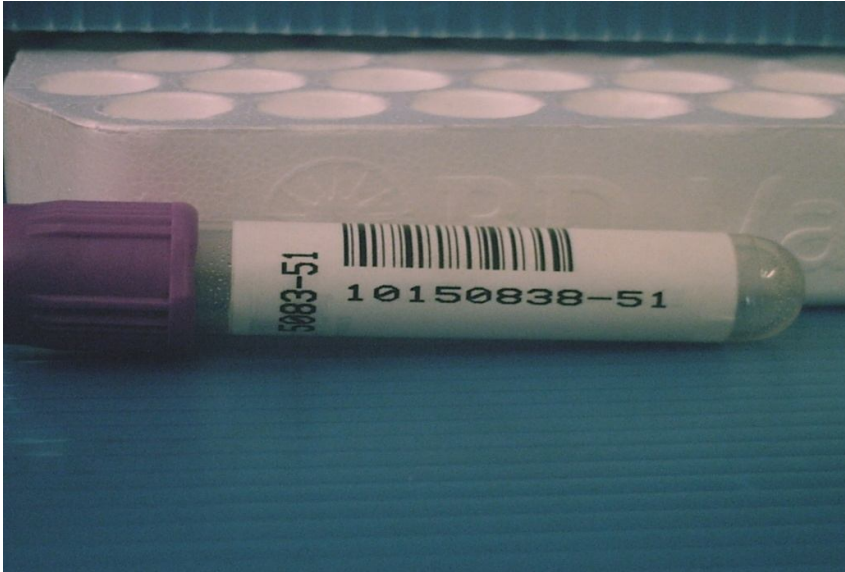
**1- HEMATOLOGIA:**

No Grupo 1 “HEMATOLOGIA (tampa roxa)”- do Formulário estão descritos os exames de hematologia conforme modelo abaixo:

<b>1 - HEMATOLOGIA (tampa roxa)</b>			
<input type="checkbox"/> Hemograma completo	<input type="checkbox"/> Reticulócitos	<input type="checkbox"/> Eletroforese hemoglobina	<input type="checkbox"/> VHS
<input type="checkbox"/> Hemograma/Dengue	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Hb/Ht/hematimetria	

**Manual das Unidades Básicas**

Após coleta, colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 51, escrito HEMATO, da Cartela de Código de Barras)**



**ATENÇÃO:**

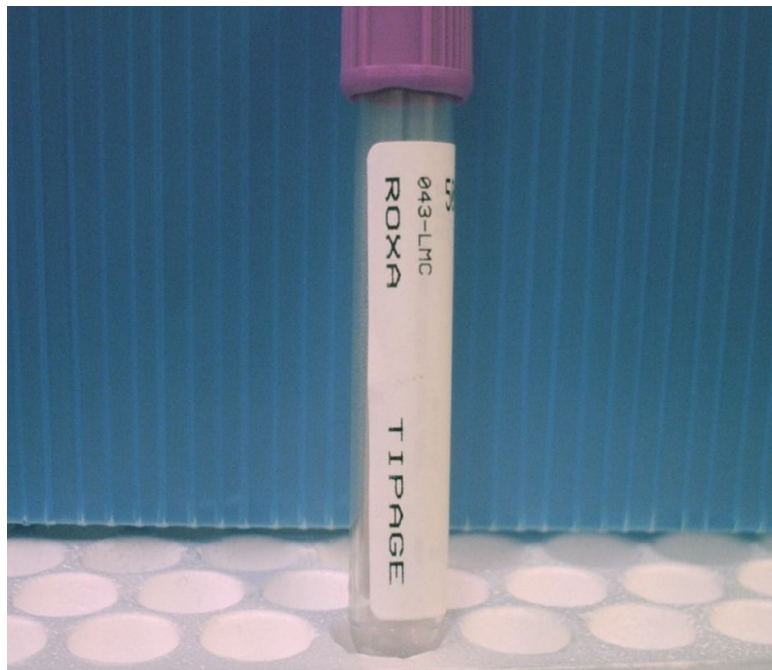
- Hemograma Dengue: será realizado diferencial de leucócitos somente quando os leucócitos totais estiverem inferior a 1.000/mm<sup>3</sup> e plaquetas com contagem inferior a 50.000/mm<sup>3</sup>.
- Hemograma /Dengue pintar o quadradinho de **URGENTE**.
- O exame de VHS (Velocidade de Hemossedimentação) faz agora parte deste grupo de exames, e será realizado de forma automatizada.

**2-IMUNOHEMATOLOGIA:**

- **No Grupo 2 “IMUNOHEMATOLOGIA (tampa roxa)”** - do Formulário estão descritos os exames de Imunohematologia conforme modelo abaixo:

<b>2 - IMUNOHEMATOLOGIA (tampa roxa)</b>	
<input type="checkbox"/> Tipagem ABO/RH	<input type="checkbox"/> COOMBS Direto (TAD)

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 52, escrito TIPAGE, da Cartela de Código de Barras).**



**Manual das Unidades Básicas**

**ATENÇÃO:**

- Coombs **Direto** (TAD) utiliza tubo de tampa roxa para a realização do exame.
- Atenção para o exame solicitado, uma vez que o Coombs **Indireto** (PAI), cujo nome pode ser confundido, utiliza soro e faz parte do Grupo 6 do Formulário Único de Requisição de exames.

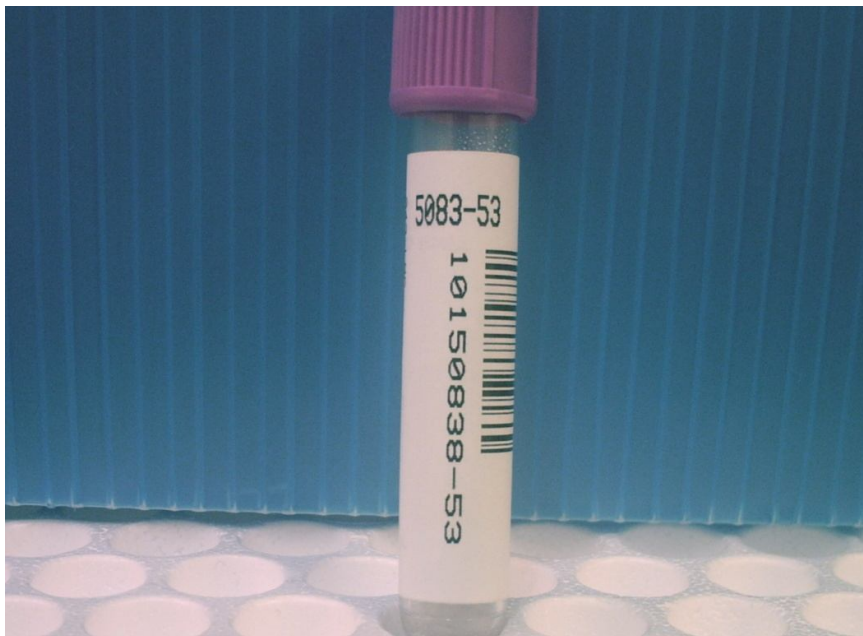
Os exames dos grupos Hematologia, Imunohematologia e Hemoglobina glicada são feitos em diferentes setores técnicos no Laboratório Municipal. Portanto, **SEMPRE COLHA 01 TUBO PARA CADA GRUPO DE EXAMES SOLICITADOS. Por exemplo: Se o paciente tiver exames nos 03 grupos de tampa roxa, colha sempre 03 tubos !!!**

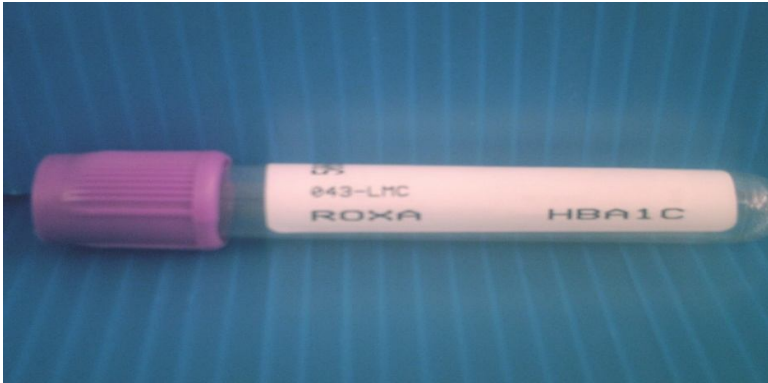
**3-HEMOGLOBINA GLICADA (HBA1C)**

No Grupo 3 “HEMOGLOBINA GLICADA (tampa roxa)” do Formulário está descrito o exame de Hemoglobina Glicada conforme modelo abaixo:

<b>3 - HEMOGLOBINA GLICADA (tampa roxa)</b>
<input type="checkbox"/> HBA 1C

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 53, escrito HBA1C, da Cartela de Código de Barras).**





**Intervalo entre solicitações deste exame: superior a 3 meses.**

**Os exames dos grupos Hematologia, Imunohematologia e Hemoglobina glicada são feitos em diferentes setores técnicos no Laboratório Municipal. Portanto, SEMPRE COLHA 01 TUBO PARA CADA GRUPO DE EXAMES SOLICITADOS. Por exemplo: Se o paciente tiver exames nos 03 grupos de tampa roxa, colha sempre 03 tubos!!!**

#### **4-GLICEMIA (GLICOSE):**

Este campo é específico para este exame e deve ser coletado 01 tubo de tampa cinza (anticoagulante Fluoreto de Sódio+EDTA). O tubo deve ser homogeneizado suavemente 08 vezes por inversão, após coleta.

Vide foto do tubo necessário para a realização destes exames:



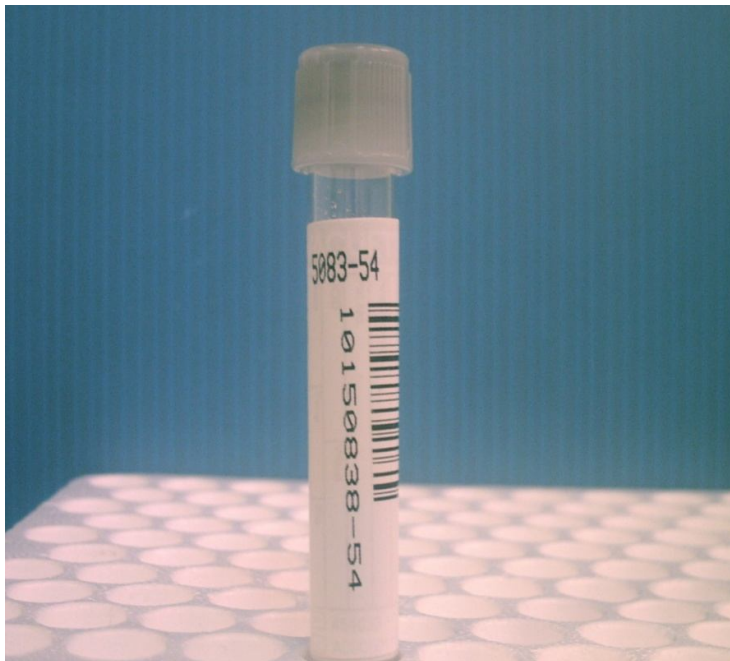
- Vide algumas Orientações que estão descritas neste Manual (página 6 a 19).

No grupo 4 " GLICEMIA (tampa cinza)" do Formulário está descrito o exame de Glicemia conforme modelo abaixo:

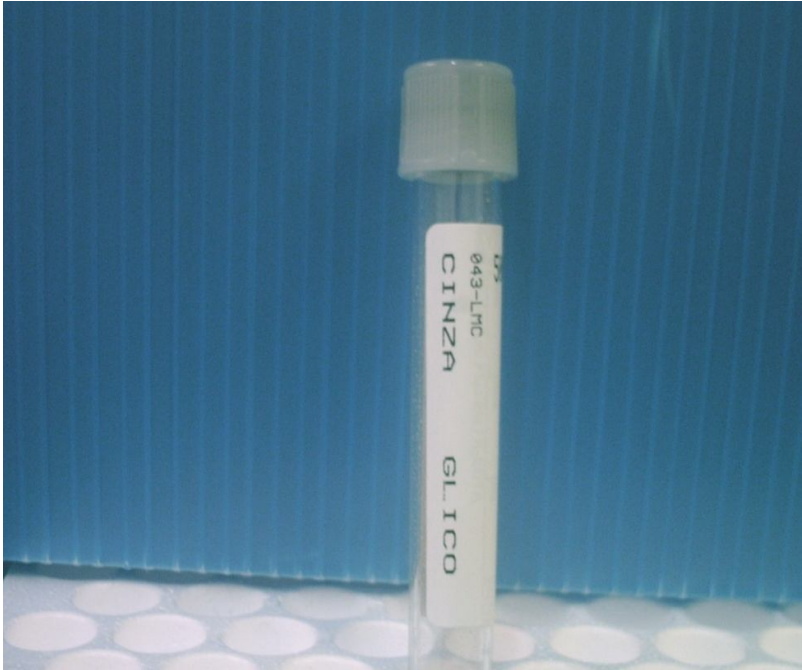
**4 - GLICEMIA (tampa cinza)**

Glicemia em jejum

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 54, escrito GLICO, da Cartela de Código de Barras).**



**Manual das Unidades Básicas**



**ATENÇÃO:**

- Importante lembrar que se devem anotar as medicações em uso e os dados clínicos do paciente.

**ATENÇÃO: PARA OS GRUPOS: 5- IMUNOQUÍMICA, 6- SOROLOGIAS E 7-APOIO DEVERÃO SER UTILIZADOS TUBOS COM GEL (TAMPA VERMELHA /AMARELA)**

Deve-se coletar 01 tubo de tampa vermelha/amarela (com gel) para cada um destes grupos.

O tubo deve ser homogeneizado suavemente 03 vezes por inversão, em seguida à coleta.

Vide foto do tubo necessário para a realização destes exames:



- Vide algumas Orientações que estão descritas neste Manual (página 6 a 19).

5- IMUNOQUÍMICA:

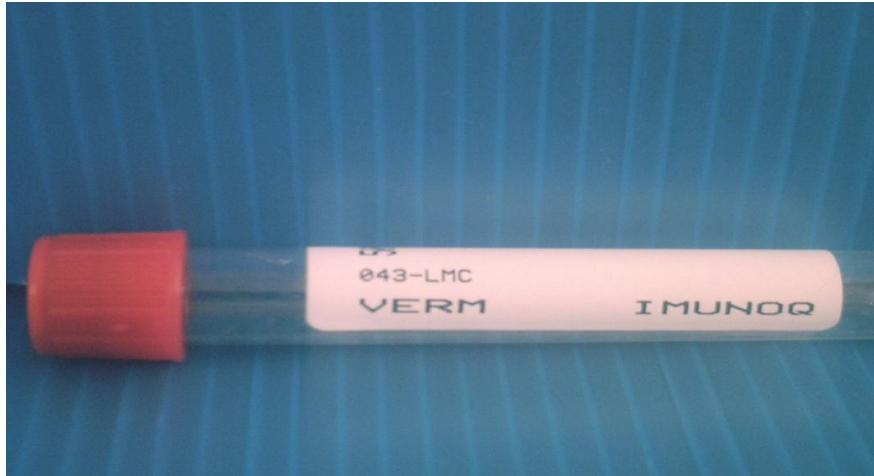
No Grupo 5 “IMUNOQUÍMICA (tampa vermelha/amarela)” do Formulário estão descritos os exames de Imunoquímica conforme modelo abaixo:

5 - IMUNOQUÍMICA (tampa vermelha/amarela)				
<input type="checkbox"/> Ácido úrico	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> CEA
<input type="checkbox"/> Albumina	<input type="checkbox"/> Fosfatase alcalina	<input type="checkbox"/> Alfa 1 Glicoproteína ácida	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> Hepatite A - IgG
<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Ferro sérico	<input type="checkbox"/> ASLO	<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Hepatite A - IgM
<input type="checkbox"/> AST (TGO)	<input type="checkbox"/> Fósforo inorgânico	<input type="checkbox"/> Ferritina	<input type="checkbox"/> Progesterona	<input type="checkbox"/> Hepatite B - HBsAg
<input type="checkbox"/> ALT (TGP)	<input type="checkbox"/> Gama GT	<input type="checkbox"/> Fator Reumatóide (FR)	<input type="checkbox"/> Prolactina	<input type="checkbox"/> Hepatite B - Anti-HBs
<input type="checkbox"/> Bilirrubinas total e direta	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina A (IgA)	<input type="checkbox"/> PSA Total	<input type="checkbox"/> Hepatite B - Anti-HBc total
<input type="checkbox"/> Cálcio	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina G (IgG)	<input type="checkbox"/> Testosterona Total	<input type="checkbox"/> Rubéola IgG
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> Magnésio	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina M (IgM)	<input type="checkbox"/> T4 Livre	<input type="checkbox"/> Rubéola IgM
<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> NA - Sódio	<input type="checkbox"/> Proteína C reativa (PCR)	<input type="checkbox"/> TSH ultra sensível	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG
<input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/> K - Potássio	<input type="checkbox"/> Ácido Fólico	<input type="checkbox"/> Anti-TPO	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM
<input type="checkbox"/> Colesterol HDL	<input type="checkbox"/> Proteínas totais	<input type="checkbox"/> Cortisol sérico	<input type="checkbox"/> Anti-Tireoglobulina	
<input type="checkbox"/> Colesterol LDL	<input type="checkbox"/> Tríglicérides	<input type="checkbox"/> Estradiol	<input type="checkbox"/> AFP (Alfa Feto Proteína)	

Deve-se coletar para 01 ou mais exames marcados deste grupo, **APENAS 01 TUBO** de Tampa Amarela ou Vermelha **COM GEL**. A coleta deve respeitar o total preenchimento do tubo e lembrar que tubos com gel e/ou ativador de coágulo devem ser homogeneizados 03 vezes por inversão.

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 55, escrito IMUNOQ, da Cartela de Código de Barras).**






**ATENÇÃO:** Condições especiais para a coleta de **PSA total**: coletado apenas para pacientes masculinos, que devem observar:

Não ter tido relações sexuais ou ejaculação nas últimas 48 horas, não pode ter andado de bicicleta, cavalo ou moto nas últimas 48 horas, não ter realizado exame de próstata (toque) nas últimas 72 horas, não ter realizado Ultrassonografia transretal nos últimos 07 dias, não ter realizado Colonoscopia nos últimos 15 dias e não ter realizado Biópsia de próstata nos últimos 30 dias que antecedem a coleta.

Não está disponível para a rede de Centros de Saúde o exame de PSA livre. O mesmo só será realizado quando o PSA total estiver alterado (resultado maior ou igual a 4,0ng/ml), ficando à critério do Laboratório a realização deste exame.

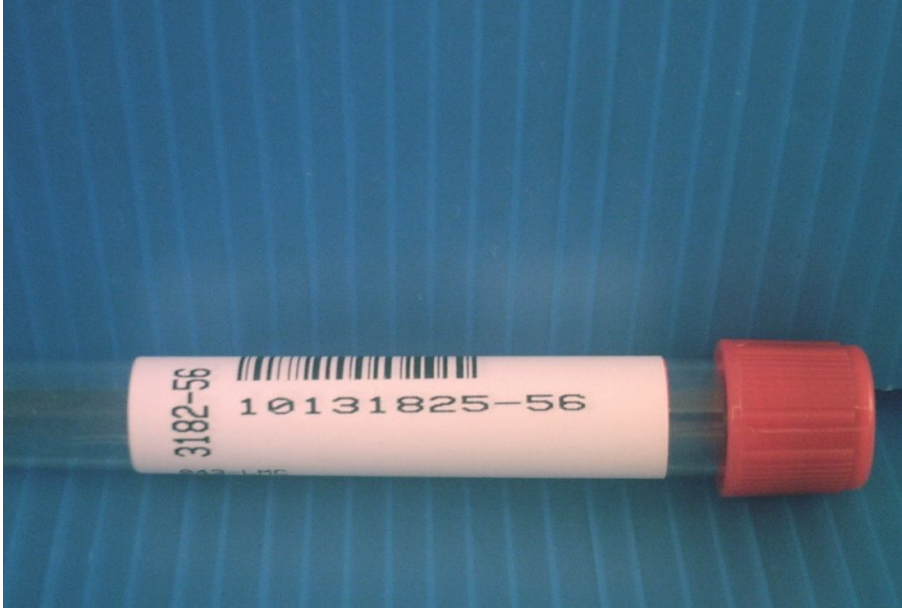
#### **6- SOROLOGIAS:**

**No Grupo 6 "SOROLOGIAS (tampa vermelha/amarela)"** do Formulário estão descritos os exames de Sorologia conforme modelo abaixo:

<b>6 - SOROLOGIAS (tampa vermelha / amarela)</b>					
<input type="checkbox"/> COOMBS Indireto (PAI)	<input type="checkbox"/> Células LE	<input type="checkbox"/> Chagas (IHA)	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HIV gestante	<input type="checkbox"/> Mononucleose
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho fonte	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus-IGG	<input type="checkbox"/> Eletroforese de proteínas	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Sífilis gestante	
<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho funcionário	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus-IGM	<input type="checkbox"/> Hepatite C (ELISA)			

Deve-se coletar para 01 ou mais exames marcados deste grupo, **APENAS 01 TUBO** de Tampa Amarela ou Vermelha **COM GEL**. A coleta deve respeitar o total preenchimento do tubo e lembrar que tubos com gel e/ou ativador de coágulo devem ser homogeneizados 03 vezes por inversão.

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 56, escrito SOROL da Cartela de Código de Barras).**



**ATENÇÃO:**

\*Coombs Indireto(PAI) utiliza tubo de tampa amarela ou vermelha para a realização do exame.

\* Quando ocorrer acidente de trabalho deve-se assinalar apenas os campos Acidente de trabalho fonte (quando for o paciente) ou Acidente de trabalho funcionário (quando for o funcionário). A sequência de exames que devem ser realizados em cada um dos materiais fica

**Manual das Unidades Básicas**

de responsabilidade do próprio Laboratório. Ou seja, não é mais necessário assinalar quais sorologias devem ser realizadas, o próprio Laboratório mediante orientação da COVISA as indica.

Acidente de trabalho fonte: HIV, HBsAg e HCV

Acidente de trabalho funcionário: HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc total e HCV

\*Os exames de Hepatite B: HBe e Anti-HBe não serão disponibilizados no Impresso Único e somente serão realizados quando o exame HBs Ag for positivo.

**ATENÇÃO:** Os exames dos grupos Imunoquímica, Sorologias e Apoio são feitos em diferentes setores técnicos no Laboratório Municipal. Portanto, **SEMPRE COLHA 01 TUBO PARA CADA GRUPO DE EXAMES SOLICITADOS. Por exemplo: Se o paciente tiver exames nos 03 grupos de tampa vermelha/amarela, colha sempre 03 tubos!!!**

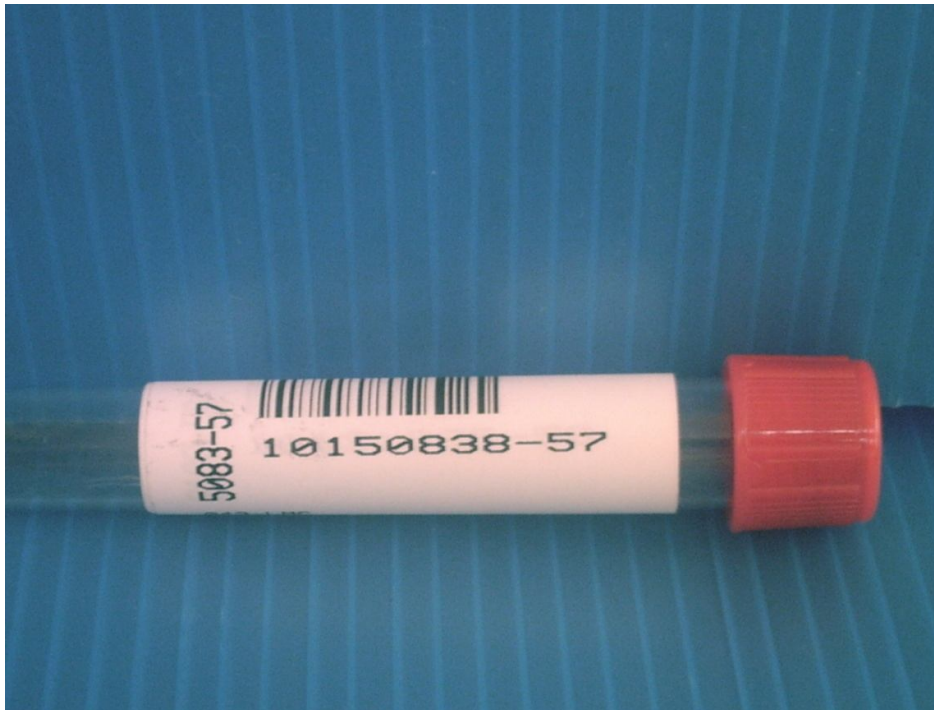
**7- LABORATÓRIO DE APOIO:**

No Grupo 7 "APOIO(tampa vermelha/amarela)" do Formulário estão descritos os exames encaminhados para o Laboratório de Apoio, conforme modelo abaixo:

7 - APOIO (tampa vermelha/amarela)		
PUC (SADT/filipeta)		IAL (SADT/SINAN)
<input type="checkbox"/> 17 OH - Progesterona	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> Adenovírus (SADT)
<input type="checkbox"/> Ácido Valpróico	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Blastomicose (SADT)
<input type="checkbox"/> Aldolase	<input type="checkbox"/> Carbamazepina	<input type="checkbox"/> Dengue (SINAN)
<input type="checkbox"/> Aldosterona	<input type="checkbox"/> CH50	<input type="checkbox"/> Isolamento viral dengue (SINAN/SADT/filipeta)
<input type="checkbox"/> Androstenediona	<input type="checkbox"/> Clamídia (sorologia)	<input type="checkbox"/> NS1 (SINAN/SADT/filipeta)
<input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipina	<input type="checkbox"/> Cobre (colher 2 tubos)	<input type="checkbox"/> Febre amarela (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadina	<input type="checkbox"/> DHEA	<input type="checkbox"/> Febre maculosa (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-DNA	<input type="checkbox"/> Digoxina	<input type="checkbox"/> Febre tifóide (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-LA	<input type="checkbox"/> FAN	<input type="checkbox"/> Leishmaniose (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-RNP	<input type="checkbox"/> Fenitoína	<input type="checkbox"/> Leptospirose (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-RO	<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Sarampo (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-Sm	<input type="checkbox"/> GH	<input type="checkbox"/> Sorologia Esquistossomose (SINAN)
<input type="checkbox"/> Anti-TRAB	<input type="checkbox"/> Herpes 1 e 2 - IgG e IgM	<input type="checkbox"/> Toxocara (SADT)
<input type="checkbox"/> BHCG (com justificativa em SADT)	<input type="checkbox"/> HTLV	<input type="checkbox"/> Raiva (requisição própria)
<input type="checkbox"/> Brucelose	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E (IgE)	<input type="checkbox"/> Rubeola (SINAN)
<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> Lítio	<input type="checkbox"/> H1N1 (SINAN) - swab nasofaringe
<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> Rast de abelha	
<input type="checkbox"/> CA-125	<input type="checkbox"/> Rast de ácaros	
	<input type="checkbox"/> Rast de alimentos	
	<input type="checkbox"/> Rast de chocolate	
	<input type="checkbox"/> Rast de clara de ovo	
	<input type="checkbox"/> Rast de corante (Tartrazina)	
	<input type="checkbox"/> Rast de leite de vaca	
	<input type="checkbox"/> Rast de soja	
	<input type="checkbox"/> Rast de fungos	
	<input type="checkbox"/> Rast de gema de ovo	
	<input type="checkbox"/> Rast de poeira	
	<input type="checkbox"/> Rast de pêlos	
	<input type="checkbox"/> Rast polen	
	<input type="checkbox"/> SDHEA	
	<input type="checkbox"/> Somatomedina C - IGF1	
	<input type="checkbox"/> Testosterona livre	
	<input type="checkbox"/> Tireoglobulina	
	<input type="checkbox"/> Vitamina B 12	

Deve-se coletar para 01 ou mais exames marcados deste grupo, **APENAS 01 TUBO** de Tampa Amarela ou Vermelha **COM GEL**. A coleta deve respeitar o total preenchimento do tubo e lembrar que tubos com gel e/ou ativador de coágulo devem ser homogeneizados 03 vezes por inversão.

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 57, escrito APOIO da Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

**1) PUC:**

Todos os exames, sem exceção, encaminhados ao Laboratório de apoio **PUC** deverão estar acompanhados de Impresso Único, SADT e filipetas devidamente preenchidas.

Para o exame **Cobre**, deverão ser coletados 02 tubos (identificar o 2º. Tubo com o nome completo do paciente e número do pedido).

Para o exame **Cortisol**, a coleta deverá ser realizada entre 7:00 até 9:00h, pois o pico deste analito ocorre em torno das 8:00h da manhã.

Informar **o último horário de administração de medicação**, no campo “medicação em uso” do campo “DADOS CLÍNICOS” das seguintes drogas: carbamazepina, digoxina, fenitoína, fenobarbital e lítio. Recomenda-se a coleta de sangue 30 minutos antes do horário habitual de tomada destas medicações.

Para o exame **Rast de alimentos Infantis-FX5** estão contemplados os alimentos infantis (Clara de ovo, Leite, Peixe, Trigo, Amendoim e Soja).

Quando o paciente tiver **mais que 02 exames de Rast**, coletar mais um tubo, identificando o 2º. Tubo com o nome completo do paciente e número do pedido.

Para o exame **BHCG** preencher SADT = Este é um teste quantitativo **que será realizado apenas para casos clínicos com justificativa** no Grupo “Dados Clínicos”.

**Para diagnóstico de gravidez realizar testes qualitativos** na própria unidade ou preencher no Grupo 10 “Urinalises” o campo HCG urinário (teste gravidez). Enviar para o Laboratório somente quando a Unidade estiver sem o reagente (Kit) para a realização do teste de HCG urinário.

Este Manual contém os modelos destes documentos nas páginas 85 e 86.

**2) INSTITUTO ADOLFO LUTZ (IAL):**

Para os exames **NS-1 E ISOLAMENTO VIRAL DENGUE** (coleta até o 3º. Dia após início dos sintomas, lembrando que o dia que começam os sintomas conta como 1º. Dia), deve-se encaminhar junto com o Impresso Único, também os impressos **SINAN, SADT e check-list**.

Para o exame **Raiva**, deverá acompanhar o Impresso Único também a requisição própria de solicitação. Dúvidas, entrar em contato com CAC do Laboratório Municipal (F: 3224 4367)

**Manual das Unidades Básicas**

Os exames encaminhados ao “**Instituto Adolfo Lutz**” (IAL) deverão estar acompanhados de Impresso único, SINAN e/ou SADT, devidamente preenchidos.

**Exames em SADT:** Adenovírus, Blastomicose e Toxocara

**Exames solicitados em SINAN:** Assinalar número SINAN no Impresso Único no campo “**COLETA**” para os seguintes agravos:

-Sorologia dengue (coleta no 6º. Dia após os sintomas, lembrando que o dia que começam os sintomas conta como 1º. Dia),

-Febre amarela, Febre maculosa, Febre tifóide, Leishmaniose, Leptospirose, Sarampo, Sorologia para Esquistossomose, Rubéola

**Exame H1N1:** Utilizar Impresso Único e SINAN. Assinalar número SINAN no Impresso Único no campo “**COLETA**”. Coletar 02 swabs de faringe e manter em geladeira (**NÃO CONGELAR**). Encaminhar o material em caixa separada, em até 24 horas ao Laboratório Municipal, identificando cada frasco com o nome completo do paciente. Colocar os 02 frascos em um saco plástico fechado.

Este Manual contém os modelos destes documentos nas páginas 85, 86 e 87.

- 3) Para os exames não contemplados no Impresso Único, entre em contato com o CAC do Laboratório Municipal (F: 3224 4367)
- 4) Os Exames de: Zinco, Dismorfismo eritrocitário, Lactato Urinário e Anticoagulante Lúpico, Renina são exames que devem ser agendados e realizados na própria PUC Campinas (fone: 3343-8402 ou 3343-8424).

**ATENÇÃO:** Os exames dos grupos Imunoquímica, Sorologias e Apoio são feitos em diferentes setores técnicos no Laboratório Municipal. Portanto, **SEMPRE COLHA 01 TUBO PARA CADA GRUPO DE EXAMES SOLICITADOS. Por exemplo: Se o paciente tiver exames nos 03 grupos de tampa vermelha/amarela, colha sempre 03 tubos!!!**

**8- COPROLOGIA:**

No Grupo 8 “COPROLOGIA(frasco)” do Formulário estão descritos os exames de Coprologia conforme modelo abaixo:

<b>8 - COPROLOGIA (frasco)</b>			
<input type="checkbox"/> À fresco de fezes	<input type="checkbox"/> PH fecal	<input type="checkbox"/> Pesquisa substâncias redutoras	<input type="checkbox"/> Swab anal - tubo seco com 2 ml de salina
<input type="checkbox"/> Sangue oculto	<input type="checkbox"/> Coprocultura (SADT)	<input type="checkbox"/> Pesquisa Isospora/Criptosporídeo (SADT)	
<input type="checkbox"/> Kato (SADT)	<input type="checkbox"/> Rotavírus	<input type="checkbox"/> Pesquisa Schistosoma mansoni	

Deve-se orientar o paciente para coletar em frasco adequado o material de fezes, independente da quantidade de exames deste grupo, **coletar apenas 01 frasco**.

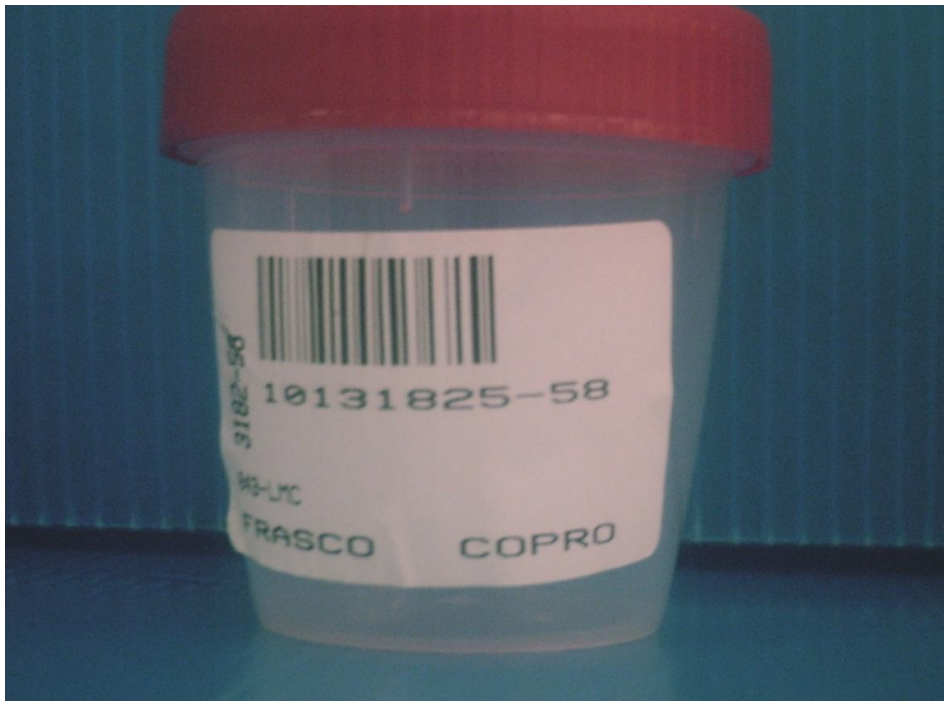
**Não utilizar para este grupo o frasco de Paratest.**

Frasco para exames do item 8-Coprologia (tampa branca ou vermelha):



**Manual das Unidades Básicas**

Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, vide modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 58, escrito COPRO da Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

Para todas as coletas de fezes é **importante evitar** o uso de laxantes, supositórios, cremes, pomadas e antibióticos

**A fresco de fezes:** somente para fezes diarréicas.

**Sangue oculto:** não será necessária a dieta.

**Swab Anal: Para a coleta deste exame faz-se necessário preparo do tubo que será utilizado:**

Usar tubos limpos e secos para adicionar à salina. (tubos sem gel e/ou aditivos).

Pode ser um tubo seco de tampa vermelha ou branca (sem gel, sem ativador de coágulo). Acrescentar 02 ml de salina (soro fisiológico 0,9%).

Não utilizar tubos de coleta de sangue para colocar a salina. Não utilizar meio de transporte para culturas (Stuart) em tubo.

**Manual das Unidades Básicas**

A coleta deve ser realizada **preferencialmente** pela manhã antes de levantar da cama, se não for possível, coletar o material na Unidade básica.

**Se o paciente tiver algum exame deste grupo e mais o exame de Swab Anal**, etiquetar o frasco de tampa de rosca com a etiqueta de final 58, e o tubo de Swab encaminhar etiquetado com o nome completo do paciente, o nº do pedido e anotar SWAB ANAL.

**O paciente não deverá realizar higiene íntima e/ou evacuar antes da coleta.**

Passar Swab ou cotonete em toda a borda da região anal, e mergulhar este swab, homogeneizando bem dentro do tubo com salina. Desprezar o swab, tampar o tubo etiquetar com a etiqueta com final 58, identificado como “frasco copro” da cartela de etiquetas de código de barra. Não utilizar cotonetes de uso doméstico

**Pesquisa de Isospora/Criptosporídeo:** disponível apenas para CRT-AIDS. Preencher Impresso Único acompanhado de SADT. Este Manual contém o modelo deste documento na página 85.

**Coprocultura:** necessita do preenchimento do SADT. **Não refrigerar fezes** Este Manual contém o modelo deste documento na página 85.

**Kato:** necessita do preenchimento do SADT.

**Pesquisa de Cólera:** preencher Impresso Único acompanhado do impresso do **SINAN**. Este Manual contém os modelos destes documentos na página 85 e 86.

**Pesquisa de Rotavírus:** A amostras deve ser encaminhada refrigerada para a realização do exame. Malote com gelo reciclável.

**9- PARASITOLOGIA:**

**No Grupo 9 “PARASITOLOGIA (frasco paratest com formalina)”** do Impresso Único estão descritos os exames de Parasitologia conforme modelo abaixo:

**Este método de coleta foi adotado somente para o grupo 9 “Parasitologia”. Para os demais exames, constantes no grupo 8 “Coprologia” do Impresso deve-se utilizar o frasco tradicional, com exceção do Swab Anal que possui técnica específica.**

Deve-se orientar o paciente para coletar em frasco adequado o material de fezes, neste grupo coletar apenas 01 frasco, e deve ser o Paratest.



**COMO COLETAR:** Retire o Paratest® da embalagem (sem rasgá-la) e abra-o desrosqueando a tampa com cuidado para não derramar o líquido conservante. Colha as fezes utilizando o coletor que acompanha o produto. Apenas uma porção é suficiente para o exame. O máximo de amostra para colocar é de **duas** porções do pino extrator, **não mais**. Feito isso, solte as fezes dentro do frasco com ajuda do pino extrator-coletor (figura abaixo):



Dissolva bem as fezes no líquido com ajuda do pino extrator (coletor) até ficar bem diluída. Depois disso, feche o frasco, retorne-o a embalagem e leve-o ao laboratório, mantendo-o sempre em pé.

**Outros Cuidados!**

**Mantenha este frasco, fora do alcance de crianças.**



Evitar contato com os olhos e nariz. Caso isso ocorra lavar com água corrente.



Não colete fezes em excesso. O líquido conservante deve cobrir a amostra. Coloque duas medidas do coletor padronizado.



Não beber o líquido conservante.  
Formalina tamponada.



Não deixar o frasco exposto ao sol. Armazenar entre 15° e 30°C.

**Manual das Unidades Básicas**

Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 59, escrito PARATE da Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

Parasitológico 03 amostras: caso solicitado serão necessárias 03 requisições (Formulário Único) com intervalo de uma semana entre as coletas.

Falta de frasco Paratest na rede: deve-se utilizar o frasco de tampa branca/vermelha e colar a etiqueta **final 59, escrito PARATE da Cartela de Código de Barras.**

Na falta de frasco Paratest na rede, e caso o paciente tenha exames de Coprologia (Grupo 8) e Parasitologia (Grupo 9), utilizar um único frasco de tampa branca/vermelha e colar ambas as etiquetas no mesmo frasco, qual seja **etiqueta final 58, escrito COPRO e etiqueta final 59 escrito PARATE da Cartela de Código de Barras.**

**10- URINÁLISES:**

No Grupo 10 “URINÁLISES (frasco tampa branca)” do Impresso Único estão descritos os exames de Urinálises conforme modelo abaixo:

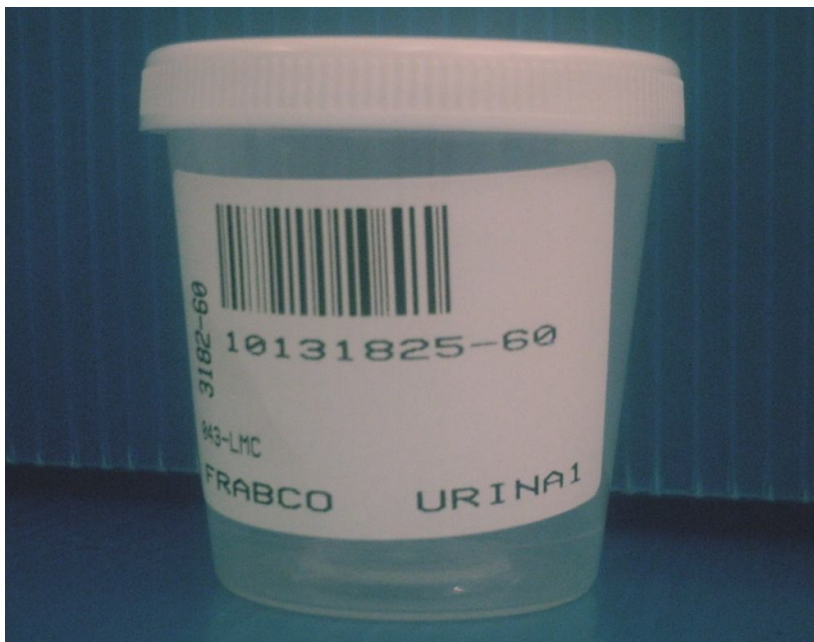
<b>10 - URINÁLISES (frasco tampa branca)</b>	
<input type="checkbox"/> Urina 1	<input type="checkbox"/> HCG urinário (teste gravidez)

**Manual das Unidades Básicas**

Coletar em 01 frasco com tampa branca/vermelha próprio para este tipo de material. Vide modelo abaixo:



Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 60, escrito URINA 1 da Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

Orientar paciente para realizar **asepsia prévia**, preferencialmente para Urina I, lavar a genitália com água e sabão, enxaguar, secar e coletar o jato médio, isto é, despreze o começo e o final do jato urinário. Coletar a 1ª Urina da manhã ou após 02 horas (no mínimo) de retenção urinária. Volume mínimo é de 10ml. Em mulheres no período menstrual devem utilizar um tampão ou OB para não contaminar a urina com sangue.

Checar se o frasco está **bem rosqueado** para evitar derramamentos no transporte. Manter urina refrigerada até o envio desta ao Laboratório Municipal. Colocar em malote térmico cor azul, próprio para material de Urina, acompanhado de gelo reciclável, variável de acordo com o tamanho do malote térmico.

**Manual das Unidades Básicas**

( caixas grandes: 06 gelox, caixas pequenas :02 gelox).

**Urinas de crianças:** Colocar o saco coletor dentro do frasco de tampa branca/vermelha, rosquear bem e encaminhar ao Laboratório, a fim de evitar derramamentos e perda de material. Volume mínimo é de 10ml.

**Teste de gravidez:** será realizado o exame de HCG urinário qualitativo com uso da amostra de urina. Enviar para o Laboratório somente quando a Unidade estiver sem o reagente (Kit) para a realização do teste de HCG urinário.

**Dismorfismo eritrocitário:** Este exame deverá ser agendado e realizado no Laboratório da PUC Campinas (Fone:3343-8402 ou 3343-8424).

**11-URINA – MICROBIOLOGIA (BACTERIOSCOPIA E/OU UROCULTURA):**

No Grupo 11 “URINA-MICROBIOLOGIA (frasco tampa vermelha)” do Impresso Único estão descritos os exames de Urina (microbiologia) conforme modelo abaixo:

**11 - URINA - MICROBIOLOGIA (frasco tampa vermelha)**

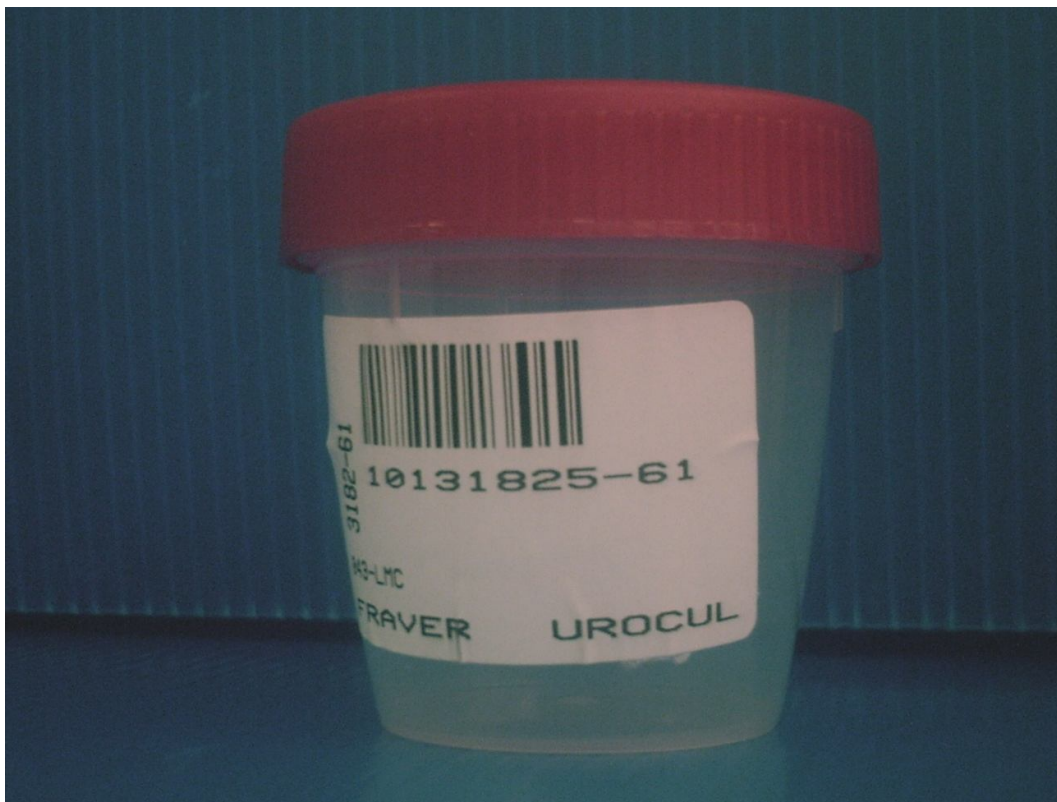
<input type="checkbox"/> Bacterioscopia jato médio	<input type="checkbox"/> Urocultura jato médio	<input type="checkbox"/> Urocultura sonda de alívio	<input type="checkbox"/> Urocultura sonda demora
--	--	---	--

RECOMENDAR QUE A UNIDADE CONSULTE O IMPRESSO “RECOMENDAÇÃO PARA URINA TIPO I - UROCULTURA” (ver modelo na página 10 deste Manual). Entregar esta recomendação por escrito ao paciente.

Coletar em 01 frasco com tampa vermelha (estéril) próprio para este tipo de material. Caso haja falta deste frasco na rede, o Laboratório também irá aceitar frasco de tampa branca. Vide modelo abaixo



Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, conforme modelo a seguir: **(A etiqueta é a de final 61, escrito UROCUL da Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

Orientar paciente para realizar **asepsia prévia** e coletar a 1ª. Urina da manhã ou após 02 horas (no mínimo) de retenção urinária. Colher **jato médio**. Checar se o frasco está **bem rosqueado** para evitar derramamentos no transporte. Manter urina refrigerada até o envio desta ao Laboratório Municipal. Colocar em malote térmico cor azul, próprio para material de Urina, acompanhado de gelo reciclável, variável de acordo com o tamanho do malote térmico.

( caixas grandes: 06 gelox, caixas pequenas :02 gelox).

**Urinas de crianças:** Realizar **asepsia** com água e sabão na própria Unidade Básica, e **trocar o saco coletor à cada 30 minutos**. Este procedimento não deve ser realizado por familiares na casa do paciente, pois as contaminações são muito frequentes. Colocar o saco coletor dentro

**Manual das Unidades Básicas**

do frasco de tampa vermelha, rosquear bem e encaminhar ao Laboratório, a fim de evitar derramamentos e perda de material.

**Uso de sondas:** Identificar o tipo de coleta de urina no Impresso Único de Requisição de Exames, se trata-se de jato médio, sonda de alívio ou sonda demora. Todas as urinas colhidas com sonda devem vir acompanhadas de SADT com observações clínicas pertinentes. Vide modelo deste documento, neste Manual na página 85.

A sonda de demora deve **ser trocada** imediatamente **antes da coleta do exame de Urocultura**. Serão tolerados prazos inferiores à 24 horas, pois períodos maiores que um dia contaminam o material, prejudicando o resultado da urocultura. A troca da sonda deve ser realizada por profissional habilitado. Não requisitar ao paciente que realize este procedimento !

**12- ESCARRO:**

No Grupo 12 “ESCARRO (frasco)” do Impresso Único estão descritos os exames de Escarro conforme modelo abaixo:

<b>12 - ESCARRO (frasco)</b>			
<input type="checkbox"/> Baciloscopia BK-Diagnóstico - 1ª Amostra	<input type="checkbox"/> Cultura BK (impresso próprio)		
<input type="checkbox"/> Baciloscopia BK-Diagnóstico - 2ª Amostra	<input type="checkbox"/> Pesquisa fungos (SADT)	<input type="checkbox"/> Baciloscopia BK controle tratamento	<input type="text" value=""/> mês

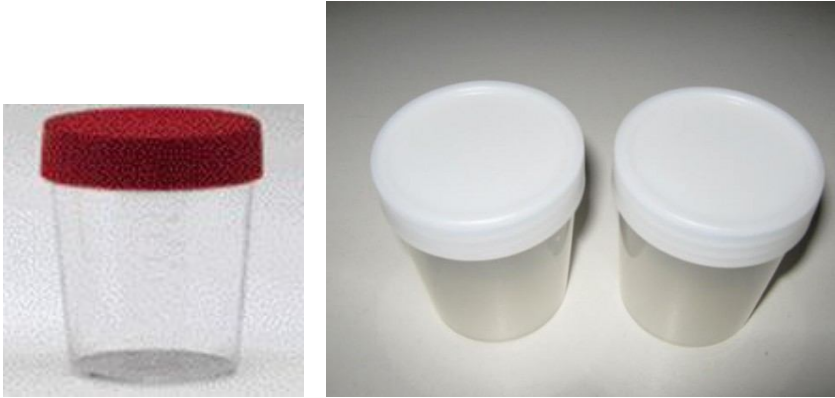
RECOMENDAR QUE A UNIDADE CONSULTE O IMPRESSO “RECOMENDAÇÃO PARA BACILOSCOPIA E CULTURA DE ESCARRO (BK)” (ver modelo na página 12 deste Manual). Entregar esta recomendação por escrito ao paciente.

Não é necessário estar em jejum, mas a boca deve estar limpa, sem resíduos alimentares. Isto é conseguido através de um simples bochecho com água (**não escovar os dentes e/ou usar antisséptico bucal**).

Uma boa amostra de escarro é que provém da árvore brônquica, após inspiração profunda e obtida após esforço de tosse. São inadequadas amostras constituídas de secreções de orofaringe, secreções nasais, e saliva. O volume ideal está compreendido entre 5 e 10 ml. Orientar para lavar a mão após este procedimento, e tomar cuidado para não contaminar a parte externa do frasco durante a coleta.

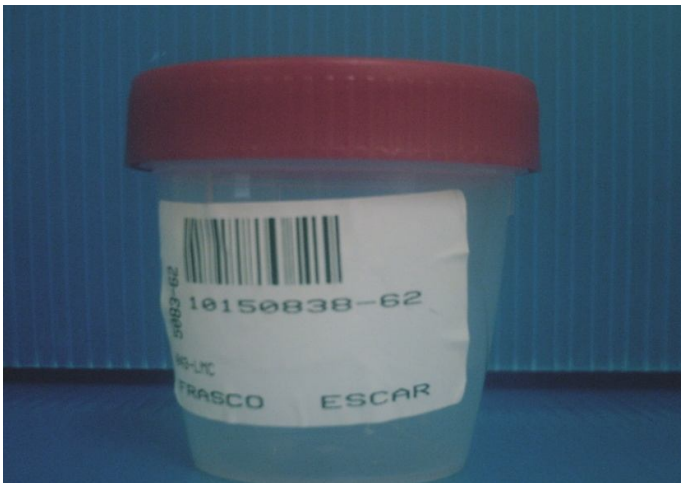
Coletar em 01 frasco com tampa branca/vermelha. Vide modelo a seguir:

*Manual das Unidades Básicas*

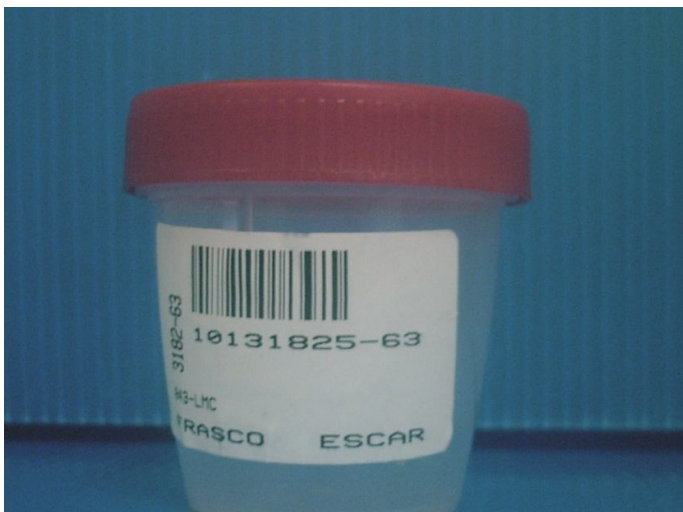


Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, conforme modelo a seguir: **(Tem duas etiquetas disponibilizadas, são as de final 62 e 63, escrito ESCAR da Cartela de Código de Barras).**

A 1ª. Etiqueta de final 62 deve ser utilizada para a 1ª. Amostra de BK



A 2ª. Etiqueta de final 63 deve ser utilizada para a 2ª. Amostra de BK.



**Manual das Unidades Básicas**

**ATENÇÃO:**

Quando for solicitado baciloscopia de 1ª amostra e cultura de BK, os materiais deverão vir coletados em frascos separados, e identificados com as etiquetas final 62 e 63, vez que as amostras têm destinos diferentes. As baciloscopias são processadas no próprio Laboratório Municipal enquanto a cultura de BK é encaminhada ao IAL.

Os materiais de escarro devem ser enviados ao Laboratório em caixa térmica própria para este fim, com gelo reciclável.

Identificar o tipo de exame no Formulário

Colocar o tempo (em mês)de tratamento, quando se tratar de BK controle de tratamento.

Identificar no Formulário quando se trata apenas de pesquisa de fungos (encaminhar junto com o Formulário, o SADT devidamente preenchido).

**NÃO REALIZAREMOS MAIS PESQUISA DE GERMES COMUNS.**

**ATENÇÃO:**

**Baciloscopia BK Diagnóstico 1ª AMOSTRA** → a coleta da 1ª amostra deverá ser feita no momento da visita ou consulta. Esta amostra também poderá ser obtida em buscas ativas realizadas em domicílios, delegacias de polícia, presídios, albergues, ..., em qualquer momento do dia.

O material deverá ser encaminhado o mais rapidamente possível, sendo aceito amostras coletadas no máximo em até 24 horas, desde que mantidas refrigeradas (não congelar).

**Baciloscopia BK Diagnóstico 2ª AMOSTRA** → a 2ª amostra deverá ser coletada no dia seguinte pela manhã, após "toilette matinal", ou seja: Orientar o paciente que ao despertar pela manhã, lavar a boca, sem escovar os dentes, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse. Repetir esta operação até obter 03 eliminações de escarro, evitando que escorra pela parede externa do frasco de coleta.

**CULTURA DE BK** →preencher os seguintes Impressos: Impresso Único, SADT e Impresso próprio de BK (devidamente preenchido).

Coletada na manhã do dia seguinte (após coleta da primeira amostra), esta deverá ser realizada assim que o paciente despertar. Esta amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite. O material deverá ser encaminhado em até 24 horas, mantendo-o refrigerado (não congelar).

**OBS:** Este mesmo material (de cultura) poderá ser utilizado para 2ª amostra de BK, não se esqueça de pintar no Impresso Único estas solicitações.

**Baciloscopia BK controle tratamento\_→Uma única amostra é suficiente!** Coletada de manhã, assim que o paciente despertar. Esta amostra, em geral, tem uma quantidade maior de bacilos porque é composta da secreção acumulada na árvore brônquica por toda a noite, portanto, é a melhor forma de coleta, principalmente por se tratar de uma amostra para avaliar a eficácia do

**Manual das Unidades Básicas**

tratamento. **IMPORTANTE** : Colocar o tempo (em mês)de tratamento, quando se tratar de BK controle de tratamento.

O material deverá ser encaminhado em até 24 horas, mantendo-o refrigerado (não congelar).

**ATENÇÃO:** Deve-se encaminhar um material de ESCARRO para cada grupo de exames solicitados, são eles:

- 1)BK Diagnóstico (Tuberculose)
- 2)Pesquisa de Fungos (Fungos): encaminhar SADT junto
- 3)Cultura de BK: só será realizada quando solicitado no Impresso Único, e apenas na segunda amostra. Enviar junto ao Formulário o impresso próprio da Vigilância quando solicitar Cultura para Escarro (Vide modelo na página 87).
- 4) Caso **não envie todas as amostras solicitadas** no Formulário Único de Requisição de Exames, **no dia da coleta, um NOVO** Formulário Único deverá ser preenchido com a solicitação da amostra faltante.
- 5)Para Citologia Oncótica de Escarro, é necessário encaminhar outro material, identificar a solicitação deste exame no FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES acompanhado de SADT (exame do grupo 16- ANATOMIA PATOLÓGICA)

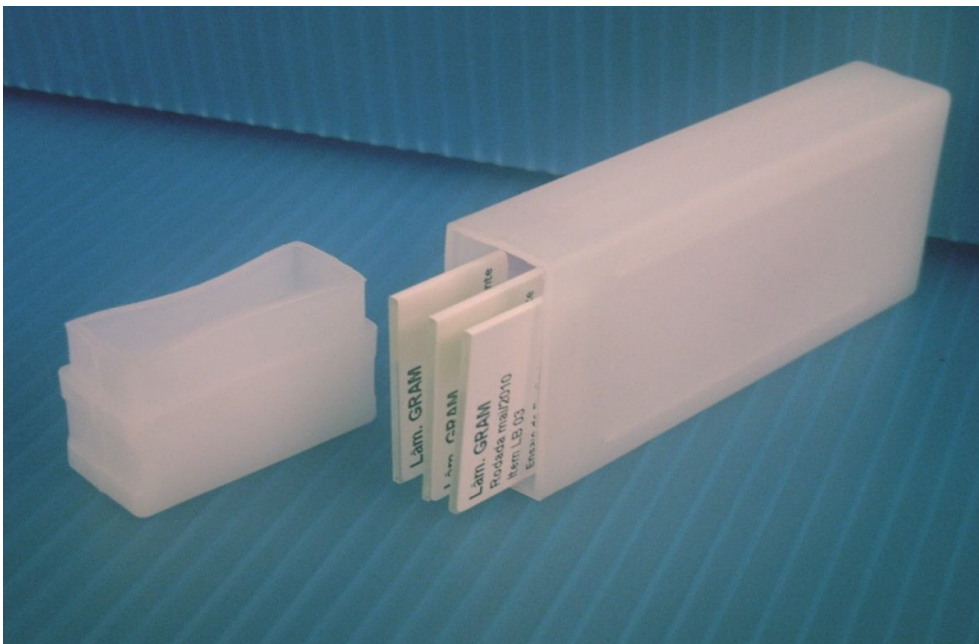
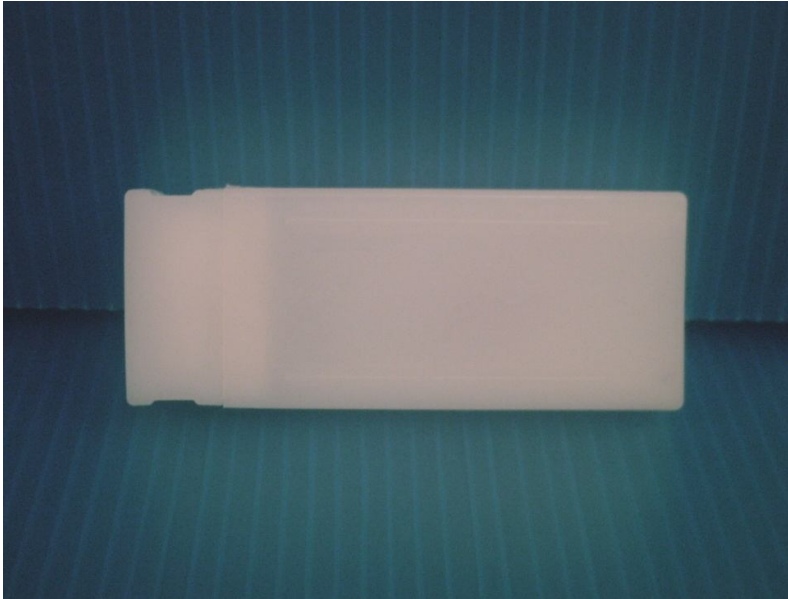
**13-SECREÇÃO VAGINAL:**

No Grupo 13 “SECREÇÃO VAGINAL” do Formulário está descrito os exames de Secreção Vaginal conforme modelo abaixo:

<b>13 - SECREÇÃO VAGINAL</b>	
<input type="checkbox"/> à fresco (lubo seco de tampa vermelha sem ativador de coágulo com 1-2 ml de salina)	<input type="checkbox"/> Bacterioscopia (lâmina embrulhada em papel alumínio)

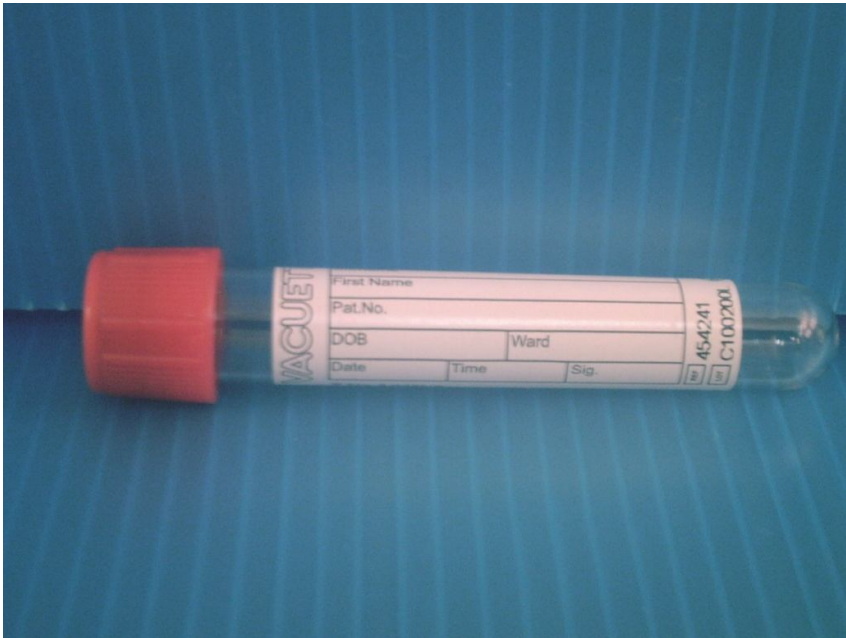
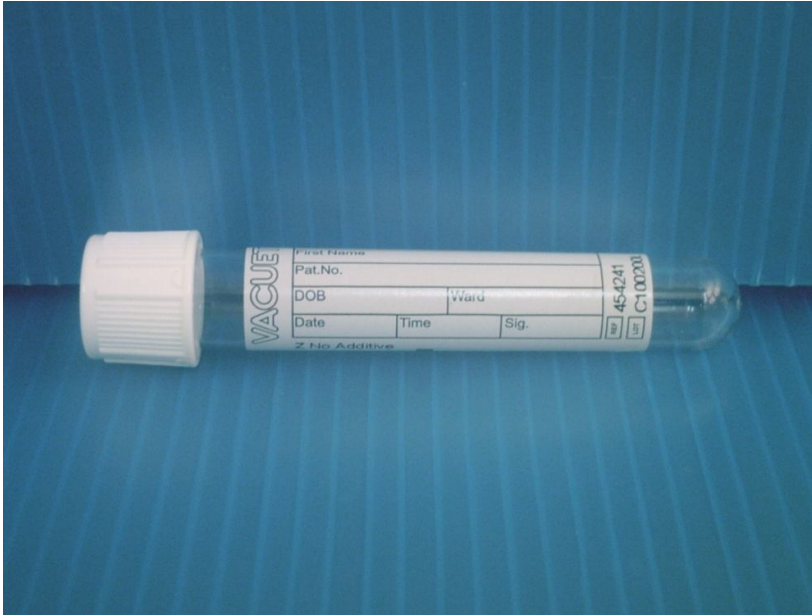
Vide Modelos dos materiais utilizados para esta coleta:

Porta-lâminas :

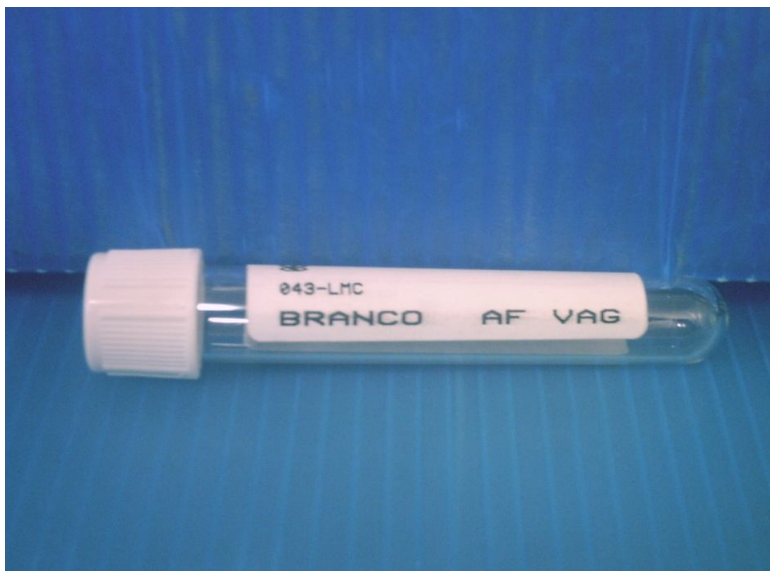


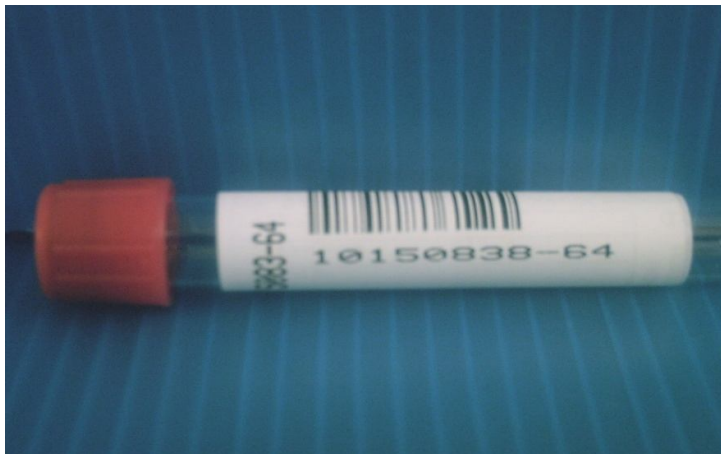
Modelo de tubos (**Normalmente são de tampa branca ou vermelha, SEM GEL E/OU ADITIVOS**) para coletar à fresco de secreção vaginal. – Adicionar 1ml de solução salina 0,9% estéril( soro fisiológico) antes da coleta.

**Manual das Unidades Básicas**



Colocar etiqueta de código de barra conforme modelo a seguir: **(Tem duas etiquetas disponibilizadas, são as de final 64, escrito BRANCO AF VAG para colocar no tubo de a fresco de secreção vaginal, e a de final 65, escrito LAMINA VAG, para colocar no porta lâmina).**





Secreção obtida da parede vaginal com o auxílio de um swab, não é necessário colocar espécuro. Em pacientes virgens, coletar a secreção vaginal do intróito vaginal. Não introduza o swab na vagina de pacientes virgens e somente realize a coleta com a mãe ou responsável presente.

**CONDIÇÕES DO PACIENTE PARA A COLETA:**

RECOMENDAR QUE A UNIDADE CONSULTE O IMPRESSO “RECOMENDAÇÃO PARA BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL” (ver modelo na página 11 deste Manual).

Não é necessário o jejum ou dieta especial. Não fazer uso de cremes, óvulos ou pomadas vaginais ou ainda qualquer tipo de medicação local. Não estar fazendo uso de antibióticos ou quimioterápicos. Não manter relações sexuais nas últimas 48 horas que antecedem o exame. Não estar menstruada ou ter realizado exame ginecológico com toque ou ultrassom transvaginal nas 48 horas que antecedem o exame.

A coleta do material deve ser feita preferencialmente pela manhã, sem que a paciente tenha feito higiene íntima.

**Para crianças:** Colher pela manhã sem ser feito higiene pessoal (banho).

**UNIDADES DE COLETA EXTERNAS DEVEM ENCAMINHAR:**

**Exame a fresco:** Deve-se colocar o material coletado com um swab, confeccionado no próprio Centro de Saúde, em tubo seco (**TAMPA VERMELHA OU BRANCA SEM GEL E SEM ADITIVOS**) com aproximadamente 1ml de solução salina 0,9% estéril( soro fisiológico), homogeneizar para que o material se desprenda na salina, turvando-a e desprezar o swab.(não deixar o swab dentro do tubo)

Encaminhar em temperatura ambiente (Não deve vir refrigerado). Não usar cotonete comercial. Identificar o tubo com etiqueta do grupo 13, final 64 (BRANCO AF VAG).

**Manual das Unidades Básicas**

**Bacterioscopia:**

Para confeccionar a lâmina, gire o swab com a secreção levemente no centro da lâmina, fazendo um esfregaço fino e homogêneo, com a forma oval. Atenção para não macerar o material! De preferência, utilize duas lâminas, limpas previamente com álcool.

Identificar as lâminas com as iniciais do nome da paciente e nome da Unidade Básica. Deixar o esfregaço secar e embrulhar com papel alumínio ou colocar em suporte próprio para lâminas, colocar a etiqueta de código de barra no papel que envolve as lâminas, nunca direto na lâmina. Identificar o embrulho ou porta lâminas com etiqueta do grupo 13, final 65 (LAMINA VAG).

A bacterioscopia deve vir acompanhada do exame a fresco de secreção vaginal.

**Observação:** Se a paciente tiver bastante secreção, coletar com 02 swabs, um para a confecção da lâmina e o outro para turvar a salina. Se a paciente não tiver muita secreção, coletar o material com um único swab, e proceder primeiro a confecção da lâmina e depois o mesmo swab será usado para turvar a salina.

**ATENÇÃO: SE NÃO TIVER O RECIPIENTE PRÓPRIO PARA ARMAZENAR LÂMINAS, COLOCAR 02 PEDAÇOS DE PALITOS NA BORDA DA LÂMINA PARA QUE AO EMBRULHAR O PAPEL ALUMÍNIO NÃO FIQUE EM CIMA DO ESFREGAÇO. O PROCEDIMENTO IDEAL É COLOCAR NO PORTA LÂMINAS.**

X	X
X	X

**PONTOS X REPRESENTAM O LOCAL DOS PALITOS.**

**ATENÇÃO:**

No grupo 13 SECREÇÃO VAGINAL, sempre preencher os espaços correspondente → a fresco e bacterioscopia;

Não deixar o Swab dentro do tubo de salina após homogeneizar o material de coleta.

Não usar cotonete comercial.

Não enviar em gelo.

**Não realizamos Cultura de Secreção Vaginal no LMC.**

**14- HANSENÍASE:**

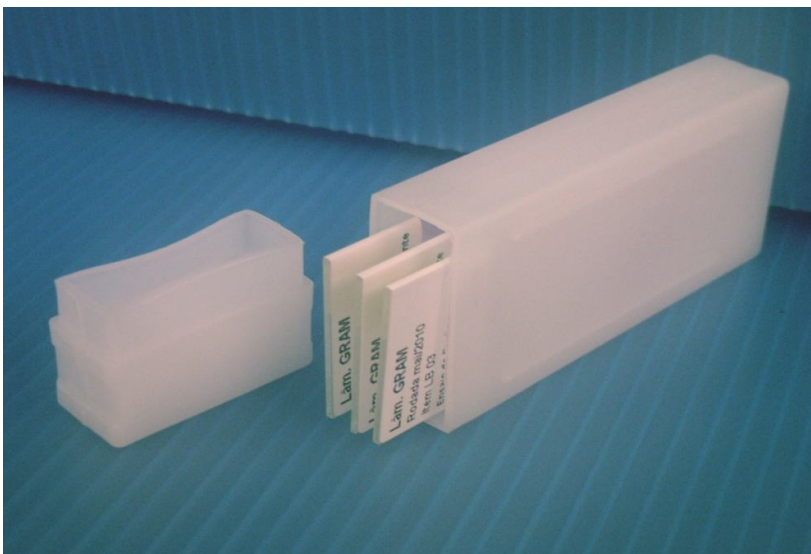
No campo 14- do Formulário estão descritos os exames para Hanseníase conforme modelo abaixo:

**14 - HANSENÍASE (enviar impresso próprio)**

Diagnóstico                       Controle

Vide Modelo abaixo dos materiais utilizados para esta coleta:

Porta-lâminas :

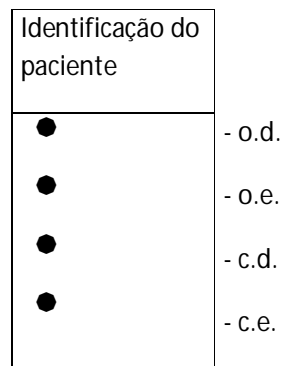


**Manual das Unidades Básicas**

Colocar o material da linfa em lâmina:

A coleta é realizada em 4 locais padronizados = Orelha direita (OD), Orelha esquerda (OE), Cotovelo direito (CD), Cotovelo esquerdo (CE). Havendo outros locais de importância para a coleta, coletar em outra lâmina e identificar o local da coleta. Exemplo: Joelho direito e/ou esquerdo, Manchas, Lesões, etc.

Fazer assepsia no local com álcool 70°, lancetar suavemente a pele do local e coletar a linfa, não coletar material com sangue, ou seja, colhe somente a linfa em uma lâmina limpa e identificada. Deve-se colher dos quatro locais em uma única lâmina, respeitando a ordem descrita na papeleta. Fazer um esfregaço circular de aprox. 1 cm de diâmetro. Depois fixar o esfregaço da lâmina com o calor de uma chama (procedimento rápido) com o auxílio de uma pinça, esta chama deve ser fraca, com o lado do esfregaço voltado para cima, não deixando aquecer demais.



Aguardar o material secar e embrulhar em papel alumínio. **Enviar impresso próprio** com o Formulário de requisição de exames. Colocar a etiqueta de código de barras sobre o embrulho de papel alumínio. Xerocar Modelo do impresso próprio na página 93 deste Manual.

**ATENÇÃO: SE NÃO TIVER O RECIPIENTE PRÓPRIO PARA ARMAZENAR LÂMINAS, COLOCAR 02 PEDAÇOS DE PALITOS NA BORDA DA LÂMINA PARA QUE AO EMBRULHAR O PAPEL ALUMÍNIO NÃO FIQUE EM CIMA DO ESFREGAÇO. O PROCEDIMENTO IDEAL É O PORTA LÂMINAS.**



**PONTOS X REPRESENTAM O LOCAL DOS PALITOS.**

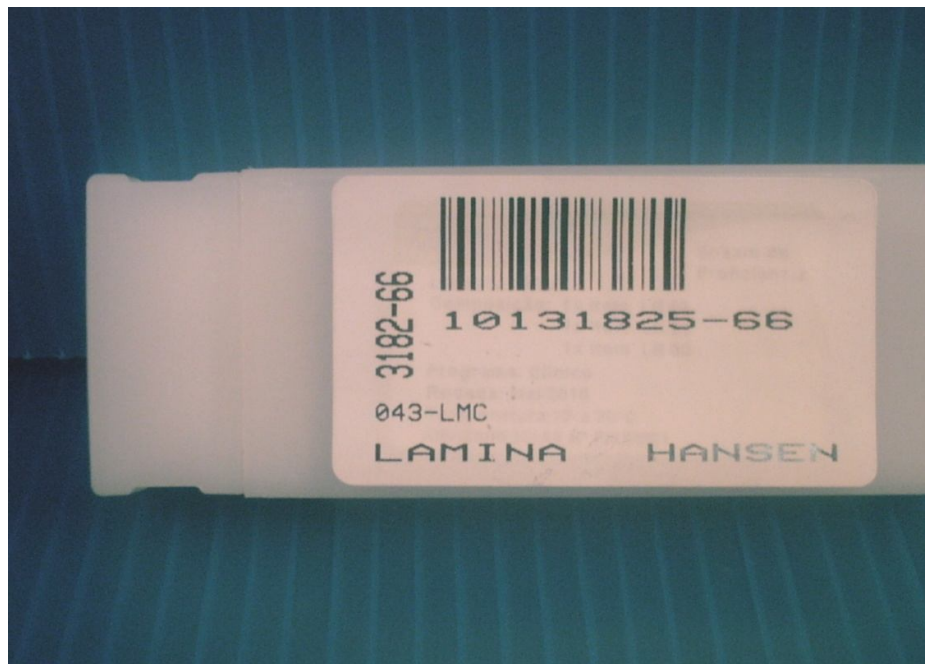
**Manual das Unidades Básicas**

**Atenção:**

**Identificar:** diagnóstico ou controle. Lembrando que apenas algumas formas clínicas da doença apresentam baciloscopia positiva. Portanto, resultados negativos NÃO EXCLUEM a possibilidade de hanseníase em outras formas clínicas. A Baciloscopia positiva fecha diagnóstico da doença, entretanto, baciloscopias negativas não afastam diagnóstico de Hanseníase.

**Identificar os locais de coleta no impresso próprio** → (OD, OE, CD, CE) e enviar junto com o Formulário Único de Requisição de Exames

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo abaixo: **(A etiqueta é a de final 66, escrito HANSEN da Cartela de Código de Barras).**



**15- CULTURAS EM GERAL:**

No campo 15- do Formulário estão descritos os exames para Culturas em geral, conforme modelo abaixo:

<b>15 - CULTURAS EM GERAL (meio de transport Stuart, enviar SADT)</b>			
<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Secreção ferida	<input type="checkbox"/> Secreção ocular	<input type="checkbox"/> Secreção orofaringe

**Manual das Unidades Básicas**

**Procedimentos para execução da coleta:**

**Úlceras, Secreção de feridas, fistulas e escaras:** Limpar bem a superfície com solução salina estéril para tirar todo o material contaminante, e coletar uma amostra da secreção profunda da ferida, com swab do Stuart. Introduzir o swab com a secreção no meio de transporte (gelatina), inserindo o swab totalmente dentro do tubo. . Não usar cotonete comercial.

A amostra em meio de transporte Stuart pode permanecer no máximo 12 horas em temperatura ambiente antes de enviar ao Laboratório. Encaminhar em malote separado e sem gelo. Não agendar coleta na sexta-feira.

**Abscessos:**

Para **abscesso fechado**, de preferência aspire com agulha a amostra da base ou parede da lesão. Transferir o material da agulha para um frasco de tampa de rosca vermelha (estéril). Encaminhar ao Laboratório obrigatoriamente no mesmo dia, e somente neste caso não deverá ser colocado no meio de transporte Stuart. Não agendar coleta na sexta-feira.

Para **abscesso aberto, fístula ou ferida:** Introduza profundamente um swab dentro da lesão, sem tocar a área superficial (evitar bactérias de pele que estão colonizando a superfície). Não envie somente pus (não é representativo da lesão).

**Secreção ocular:**

Coletar o material na fase aguda da doença e de preferência na ausência de antibioticoterapia (tópica e sistêmica) e anestésicos locais. A coleta deve ser realizada pela manhã, sem que o paciente tenha lavado os olhos. Limpar a secreção externa ao olho com gaze estéril. Afastar a pálpebra e limpe a secreção acumulada no canto do olho. Colher o material dentro da conjuntiva com auxílio do swab que vem no próprio kit (Stuart). Colher material da conjuntiva palpebral inferior e do saco conjuntival. Não usar cotonete comercial. Introduzir o swab com a secreção no meio de transporte (gelatina), inserindo o swab totalmente dentro do tubo.

A amostra em meio de transporte Stuart pode permanecer no máximo 12 horas em temperatura ambiente antes de enviar ao Laboratório.

**Secreção orofaringe:**

Orientar o paciente para que não se alimente 02 horas antes da coleta.

Sentar o paciente e inclinar levemente a sua cabeça de modo a obter boa iluminação na cavidade oral. Expor ao máximo as amígdalas com auxílio de um abaixador de língua. Pressionar e rolar o swab sobre as amígdalas e faringe posterior. Coletar também de qualquer outro ponto de pus ou placas, evitando tocar na língua ou bochechas. Não carregar de saliva (evitar contaminação da amostra).

Uso de medicamentos tópicos nas últimas 06 horas ou vigência de antibioticoterapia é interferente no resultado.

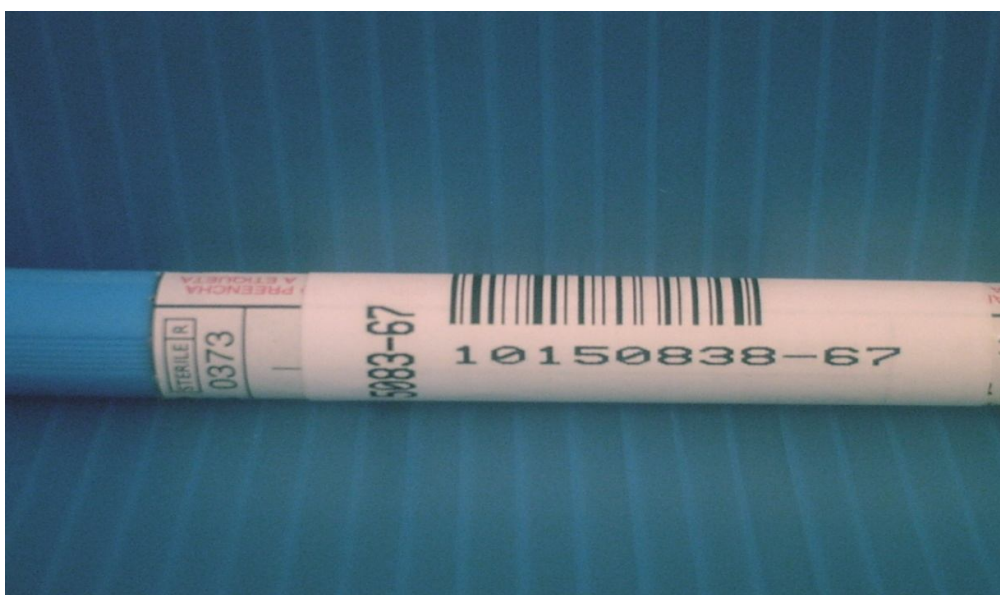
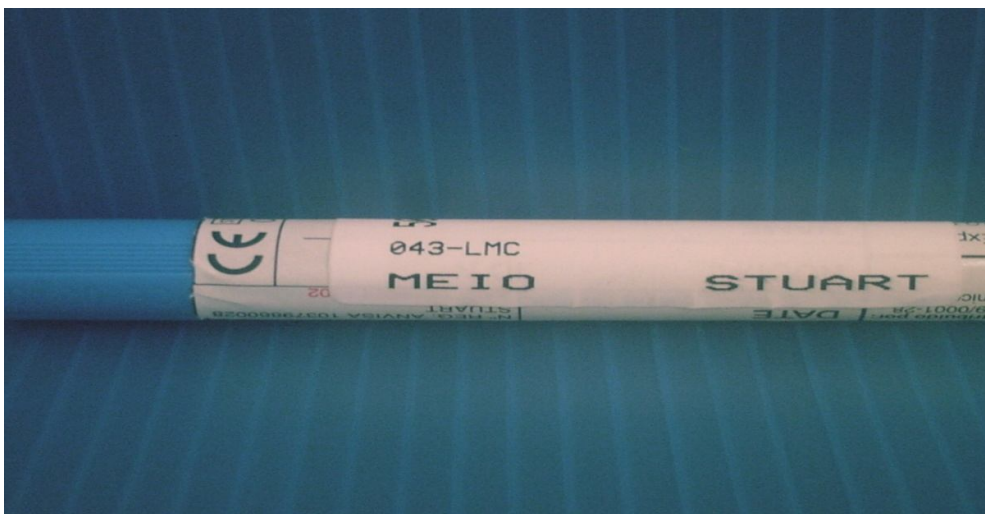
**Manual das Unidades Básicas**

**Atenção !**

Coletar o material e enviar para o Laboratório Municipal de Campinas em meio de transporte Stuart no mesmo dia da coleta. Atenção para as condições de armazenagem e validade do meio de transporte antes de usá-lo. **SOLICITAR MEIO de STUART no setor de MICROBIOLOGIA do LMC (TEL: 3266-8888 ramal 246).**

Enviar o Formulário de requisição de exames e SADT, especificando o local da coleta.

Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelos a seguir: **(A etiqueta é a de final 67, escrito STUART, na Cartela de Código de Barras).**



**Atenção: Não realizamos Cultura de Secreção Vaginal no LMC.**

**16- ANATOMIA PATOLÓGICA:**

No campo 16- do Formulário estão descritos os exames de Anatomia Patológica conforme modelo abaixo:

<b>16 - ANATOMIA PATOLOGICA (enviar SADT)</b>
<input type="checkbox"/> Citologia Oncótica escarro <input type="checkbox"/> Citologia Oncótica demais materiais <input type="checkbox"/> Anatomo-Patológico colo uterino <input type="checkbox"/> Anatomo-Patológico demais materiais

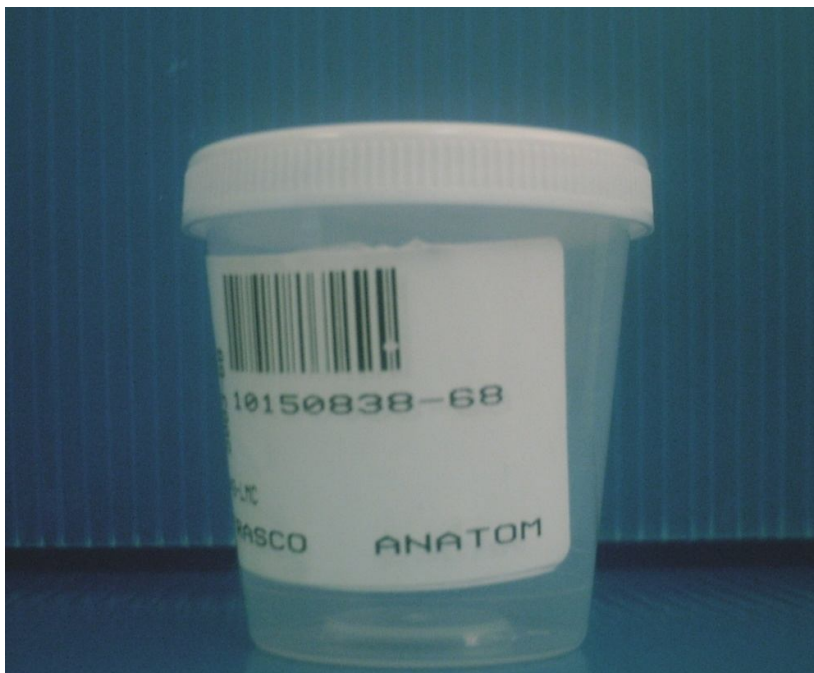
Enviar Formulário único de requisição de exames e SADT especificando local que foi biopsiado.

Quando houver mais de uma peça de biópsia, o SADT deve indicar o número do frasco relacionado com o local de coleta. Por exemplo: frasco 1- biópsia de próstata parte superior lobo D, frasco 2- biópsia de próstata lobo E, frasco3- biópsia de próstata parte inferior lobo D

Enviar em caixa de malote separada, em temperatura ambiente e de preferência colocar o material em pote plástico de polietileno, pois este não tem a possibilidade de quebrar.

Etiquetar conforme modelo abaixo:

**(A etiqueta é a de final 68, escrito ANATOM, na Cartela de Código de Barras).**



**Manual das Unidades Básicas**

**Atenção:**

**Citologia Oncótica de escarro:** fluxo para o Laboratório Municipal de Campinas, o qual encaminha, para o Instituto de Patologia Clínica (IPC).

Encaminhar “in natura” ao Laboratório Municipal se a coleta tiver sido realizada no mesmo dia de envio da amostra. Mandar a amostra refrigerada.

Caso isto não seja possível, colocar álcool 70 à 95% na amostra de escarro no mesmo volume do material (volume à volume). Ou seja 1mL de escarro, deverão ser acrescidos de 1 mL de álcool, por exemplo. Encaminhar no dia seguinte ao Laboratório Municipal.

**Citologia Oncótica de demais materiais:** fluxo para o Laboratório Municipal de Campinas, o qual encaminha, para o Instituto de Patologia Clínica (IPC). Procedimento idêntico a citologia oncótica de escarro.

**Citologia Oncótica Cervical:** fluxo **direto da Unidade** para a UNICAMP.

**Biópsias, Peças cirúrgicas, Anátomo-patológico de colo uterino, Anátomo-patológico demais materiais:** Encaminhar material em formol de 10 à 12%, fornecidos pelo Almoxarifado da Saúde. O volume de formol deve ser suficiente para a peça toda ficar imersa nele.

No SADT informar o local de onde foram retiradas as peças. Indicar o número de peças, relacionando com os respectivos frascos.

Os materiais de biópsia devem ser encaminhados preferencialmente em frascos plásticos, pois os de vidro têm o risco maior de quebrar durante o transporte.

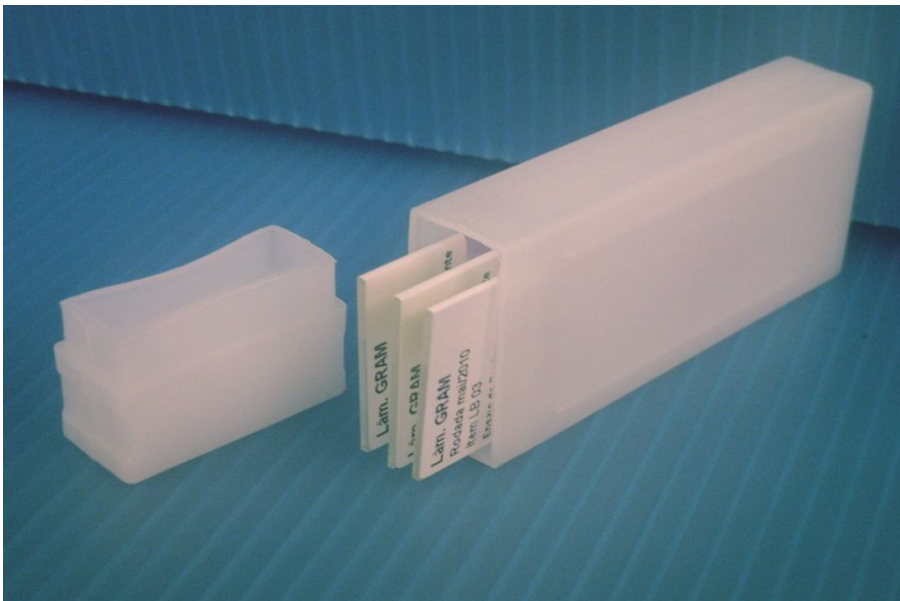
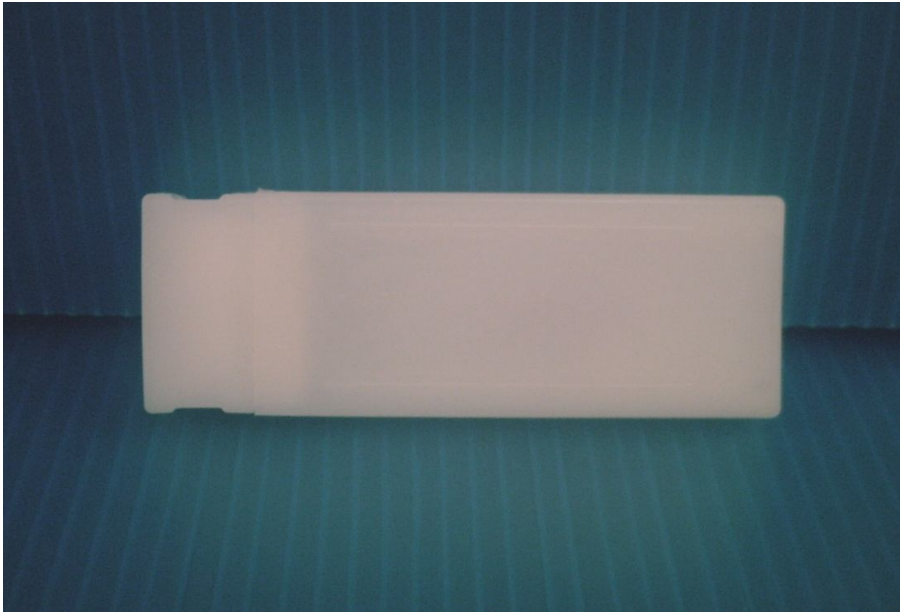
**17- LÂMINAS:**

No campo 17- do Formulário estão descritos alguns exames coletados em lâminas, conforme modelo abaixo:

<b>17 - LÂMINAS</b>
<input type="checkbox"/> Citologia Nasal <input type="checkbox"/> Micológico direto (em SADT informar local da coleta)

Vide Modelos a seguir dos materiais utilizados para esta coleta:

PORTA-LÂMINAS:



Colocar etiqueta de código de barra na vertical, conforme modelo a seguir: **(A etiqueta é a de final 69, escrito LÂMINA, na Cartela de Código de Barras).**



Coletar segundo recomendações, aguardar o material secar e embrulhar em papel alumínio, caso não tenha o porta-lâmina. Enviar impresso próprio com o Formulário de requisição de exames. **Colocar a etiqueta de código de barras sobre o embrulho de papel alumínio.**

**ATENÇÃO: SE NÃO TIVER O RECIPIENTE PRÓPRIO PARA ARMAZENAR LÂMINAS, COLOCAR 02 PEDAÇOS DE PALITOS NA BORDA DA LÂMINA PARA QUE AO EMBRULHAR O PAPEL ALUMÍNIO NÃO FIQUE EM CIMA DO ESFREGAÇO. O PROCEDIMENTO IDEAL É O PORTA LÂMINAS.**

X	X
X	X

**PONTOS X REPRESENTAM O LOCAL DOS PALITOS.**

**Atenção:**

**Citologia ou Citograma Nasal** = Coleta de material das narinas direita e esquerda.

Pedir ao paciente para assoar o nariz antes da coleta, para retirar desta forma o excesso de muco, o qual interfere no exame. Depois introduzir com cuidado o swab e raspar a parede da narina direita e confeccionar o esfregaço girando suavemente o swab em uma pequena porção da lâmina, de forma a não ficar grosso e extenso. Repetir o procedimento para a narina esquerda. Não macerar o material pois pode destruir as estruturas das células.

**Micológico Direto**= Informar sítio de coleta (área do corpo) e preencher o Formulário de requisição de exames acompanhado de SADT.

Realizar raspado da lesão, do interior e de sua borda, se o material for seco e descamante enviar o material em frasco coletor de tampa de rosca branca ou vermelha, ou recipiente pequeno e limpo, **bem vedado, POIS MATERIAIS SECOS NÃO SE FIXAM ÀS LÂMINAS E SE PERDEM AO ENVIO.**

**18- MICROALBUMINÚRIA**

No campo 18- do Formulário está descrito o exame de Microalbuminúria realizado **com Urina Isolada**, conforme modelo abaixo:

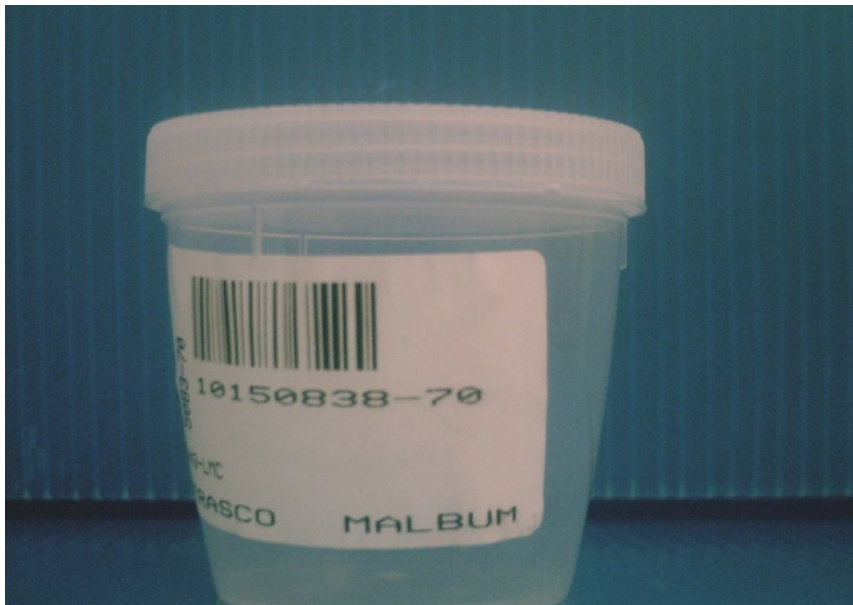
<b>18 - MICROALBUMINÚRIA (frasco)</b>	
<input type="checkbox"/> Microalbuminúria- urina (amostra isolada)	

Coletar em 01 frasco com tampa branca próprio para este tipo de material. Vide modelo abaixo:



**Manual das Unidades Básicas**

Colocar etiqueta de código de barra na horizontal, conforme modelo a seguir: **(A etiqueta é a de final 70, escrito MALBUM, na Cartela de Código de Barras).**



**Atenção:**

Mesmo que o paciente tenha exame de urina(Grupo 10), terá que coletar outro frasco de urina para a realização deste exame (Grupo 18-Microalbuminúria).

Se não for a primeira urina da manhã, coletar uma nova amostra após 2 horas de retenção urinária.

Importante salientar ao paciente os cuidados para a coleta de urina para evitar contaminação do material. Vide orientações básicas que constam neste Manual.

Manter urina refrigerada(não congelar) até chegar ao Laboratório Municipal.

Neste grupo está disponibilizada 01 etiqueta.

**19- BIOQUÍMICA URINA DE 24 HORAS:**

No campo 19- do Formulário estão descritos os exames de Bioquímica realizados com Urina de 24 horas, conforme modelo abaixo:

19 - BIOQUÍMICA URINA DE 24 HORAS (frasco água mineral sem gás)			PUCC (SADT/Filipeta)	
<input type="checkbox"/> Ácido úrico urinário	<input type="checkbox"/> Glicosúria 24 horas	<input type="checkbox"/> Potássio urinário	<input type="checkbox"/> Ácido vanil mandélico	
<input type="checkbox"/> Cálcio urinário	<input type="checkbox"/> Proteinúria 24 horas	<input type="checkbox"/> Uréia urinária	<input type="checkbox"/> Citrato	<input type="checkbox"/> Metanefrinas urinárias
<input type="checkbox"/> Creatinina urinária	<input type="checkbox"/> Glicosúria fracionada (4 períodos)	<input type="checkbox"/> Clearance de creatinina	<input type="checkbox"/> Cortisol urinário	<input type="checkbox"/> Oxalato
<input type="checkbox"/> Fósforo urinário	<input type="checkbox"/> Sódio urinário	(colher soro, informar Peso/Altura)		

Coletar a urina em frascos de água mineral sem gás, entregar orientações por escrito aos pacientes conforme modelos nas páginas 08 e 09 e, certificar-se de que realizaram a coleta conforme instruções.

**Bioquímica urinária de 24 horas:** Orientações de coleta: Às 6 horas da manhã, desprezar todo volume urinário no vaso sanitário. A partir deste horário começar a coleta para urina de 24 horas. Não perder nenhum material. Manter refrigerado durante todo período de coleta. No dia seguinte, às 6 horas, colher todo volume urinário.

**Glicosúria fracionada 04 períodos:** Colher os seguintes períodos:

**6 às 12 horas:** Às 6 horas da manhã, desprezar todo volume urinário no vaso sanitário. A partir deste horário começar a coleta para urina fracionada. Não perder nenhum material. Manter refrigerado durante todo período de coleta. Anotar horário na etiqueta.

**Das 12:00 Até às 18:00 horas:** colocar urina coletada no frasco referente a este período. Anotar horário na etiqueta.

**Das 18:00 até às 24:00 horas:** colocar urina coletada no frasco referente a este período. Anotar horário na etiqueta.

**Da meia noite até as 06:00 horas do dia seguinte:** colocar urina coletada no frasco referente a este período. Anotar horário na etiqueta. No dia seguinte, às 6 horas, colher todo volume urinário.

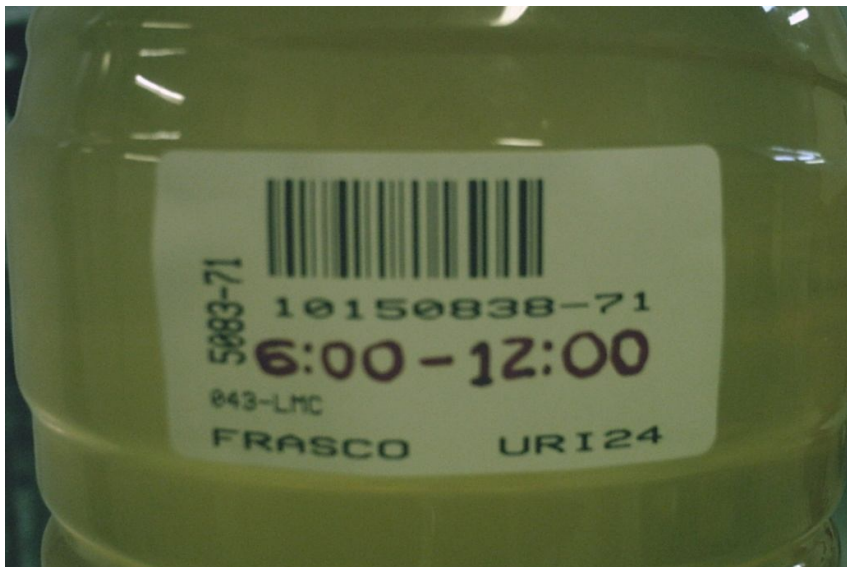
Neste grupo estão disponibilizadas 04 etiquetas. **(CASO NÃO SEJA SUFICIENTE, ANOTE EM ETIQUETA BRANCA COMUM, O NOME COMPLETO DO PACIENTE, O NÚMERO DO PEDIDO E AS ANOTAÇÕES REFERENTES AO PERÍODO DA URINA E COLE NOS DEMAIS FRASCOS COLETADOS).**

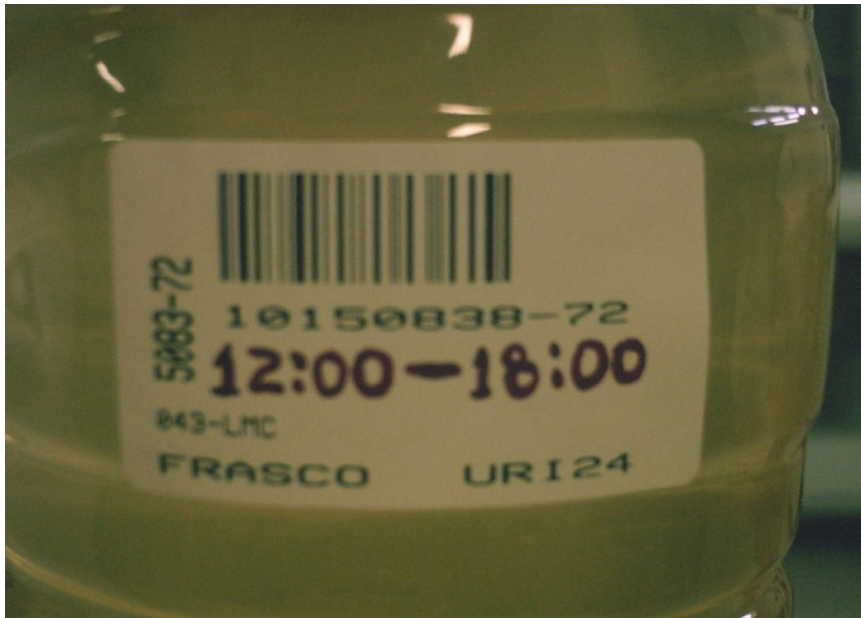
**NÃO UTILIZAR ETIQUETAS DE OUTRA CARTELA DE CÓDIGO DE BARRAS.**

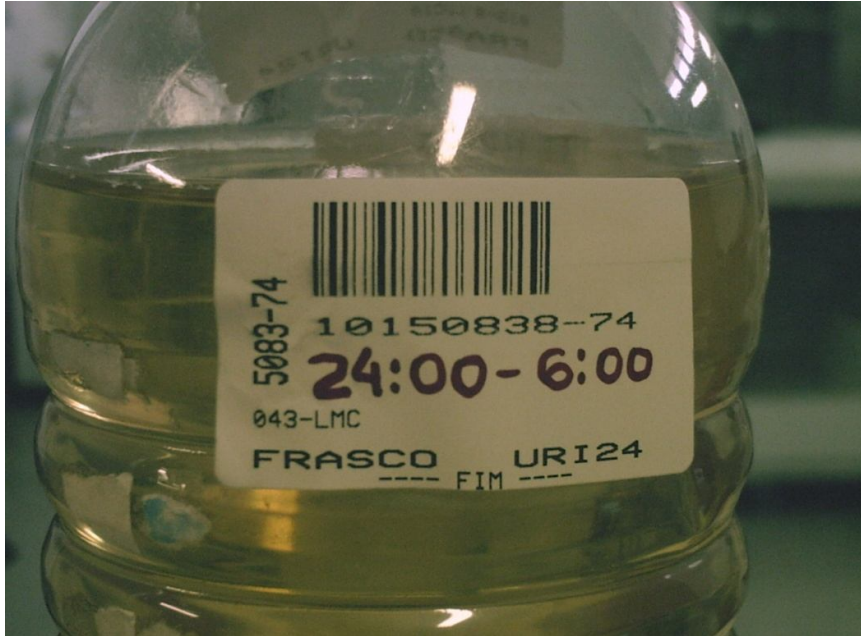
*Assistência Laboratorial no Município de Campinas*

*Manual das Unidades Básicas*

Colocar as etiquetas de código de barra específico na horizontal do frasco conforme os modelos abaixo:







Atenção:

- **Uso de “filipetas” e SADT**→deverão acompanhar o Formulário Único de Requisição de Exames para os exames de Ácido Vanil Mandélico, Citrato, Cortisol Urinário, Metanefrinas urinárias e Oxalato que serão processados no Laboratório de Apoio (PUCC).
- **Urina de 24 horas FRACIONADA**→ especificarem nas etiquetas dos frascos os períodos das coletas, que são: **06:00 às 12:00**; **12:00 às 18:00**; **18:00 às 24:00** e **24:00 às 06:00** horas.
- **Entregar ao paciente orientação de coleta por escrito, conforme modelos mostrados nas páginas 08 e 09.**
- **PARA REALIZAÇÃO DE CLEARENCE DE CREATININA PRECISA-SE OBRIGATORIAMENTE ENVIAR AO LABORATÓRIO, NO MESMO DIA, OS 03 ITENS ABAIXO:**

<b>URINA DE 24 HORAS</b>	<b>SORO (TUBO DE TAMPA AMARELA ou VERMELHA)</b>	<b>DADOS DE PESO E ALTURA</b>
--------------------------	---	-------------------------------

**ATENÇÃO: SOMENTE COLETAR 01 TUBO DE TAMPA VERMELHA ou AMARELA PARA CLEARENCE, SE O PACIENTE NÃO POSSUIR NENHUM EXAME DO GRUPO DE 5-IMUNOQUÍMICA.**

**20- EXAMES ESPECIALIZADOS:**

**ATENÇÃO !!!** Muito importante checar com o **CAC do Laboratório** (fone: 3224 4367) ou no **PAC** (fone: 3272 1372), o **agendamento prévio** dos pacientes, e também as **orientações de preparo prévio** que devem ser dadas aos pacientes.

Este procedimento evita que o paciente chegue até o laboratório, e possa não ser atendido, muitas vezes por não estar previamente agendado ou por não estar dentro das condições de preparo que o exame necessita para ser realizado.

No campo 20- do Formulário estão descritos os exames especializados, conforme modelo abaixo:

<b>20 - EXAMES ESPECIALIZADOS-PAC E CHOV (agendar pelo telefone)</b>		
<input type="checkbox"/> TP / AP	<input type="checkbox"/> Curva glicêmica gestante	<input type="checkbox"/> PTH (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> TTPA	<input type="checkbox"/> Curva insulinêmica e glicêmica	<input type="checkbox"/> ACTH (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> Plaquetas para coagulograma	<input type="checkbox"/> Glicemia após sobrecarga (0', 120')	<input type="checkbox"/> ACTH após dexametasona (só no CHOV)
<input type="checkbox"/> Prova do laço	<input type="checkbox"/> Glicemia pós prandial - pós café	<input type="checkbox"/> Chumbo (só no PAC)
<input type="checkbox"/> Curva glicêmica clássica	<input type="checkbox"/> Glicemia pós prandial - pós-almoço (só no CHOV)	
<input type="checkbox"/> Curva glicêmica prolongada (só no CHOV)	<input type="checkbox"/> Secreção uretral (só no CHOV)	

Neste grupo não serão disponibilizadas etiquetas, pois a coleta não se dará nas Unidades, apenas no **PAC (Posto Avançado de Coleta)** ou no próprio Laboratório Municipal situado dentro do **Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV)**.

**Atenção !!!**

Para os exames de Coagulação **pré-operatórios** são indicados os exames de TTPA e Plaquetas.

Para exames para controle de pacientes que fazem **uso de anticoagulantes orais**, são indicados os exames de TTPA, TPAP e Plaquetas.

O exame **plaquetas** (para coagulograma) deverá ser solicitado conjuntamente com os demais exames de coagulação: TP/AP e/ ou TTPA. Quando houver pedido de hemograma completo, faz-se desnecessário a solicitação deste exame, pois a contagem de plaquetas já está contemplada.

**Prova do laço:** solicitada apenas para avaliar hemostasia primária, e pode ser realizada na própria Unidade Básica na suspeita de dengue.

**Curva glicêmica clássica:** o paciente ficará por 03 horas no Laboratório, não pode fumar e nem ter tido diarreia ou utilizado laxantes na véspera do exame. Utilizado para diagnóstico de Diabetes mellitus. Quando paciente apresentar **glicofita superior a 150 mg/ dL** o teste não será realizado. Quando apresentar vômitos durante o teste, o mesmo será suspenso a partir daquele momento.

**Manual das Unidades Básicas**

**Curva glicêmica prolongada:** realizada apenas no **CHOV** para diagnóstico de hipoglicemia. Paciente ficará por 5 horas no Laboratório Municipal. Não pode fumar e nem ter tido diarreia ou utilizado laxantes na véspera do exame.

**Curva glicêmica gestante:** utilizado para diagnóstico de Diabetes gestacional, são administrados 100g de sobrecarga e a paciente ficará 03 horas no Laboratório Municipal.

**Curva insulinêmica e glicêmica:** utilizado no diagnóstico de Síndrome plurimetabólica, são coletadas amostras de sangue para dosagem de glicemia e insulina após sobrecarga de dextrosol nos tempos 0', 30', 60', 120' e 180'.

**Coleta de glicemia após sobrecarga:** Serão coletados exames de glicemia nos tempos basal e após 120 minutos após dextrosol. O paciente ficará por 02 horas no Laboratório, não pode fumar e nem ter tido diarreia ou utilizado laxantes na véspera do exame. Utilizado como método principal para diagnóstico de Diabetes mellitus. Quando paciente apresentar **glicofita superior a 150 mg/ dL** o teste não será realizado. Quando apresentar vômitos durante o teste, o mesmo será suspenso a partir daquele momento.

**Coleta de glicose pós-prandial pós café:** o paciente deve ser orientado de que colherá sangue em jejum e 02 horas após o café da manhã.

**Coleta de glicose pós-prandial pós almoço:** realizada apenas no **CHOV**, o paciente deve ser orientado de que colherá sangue em jejum e 02 horas após o almoço. Ou seja: almoçará ao meio-dia, para que retorne ao laboratório para nova coleta de sangue às 14:00 horas.

**Secreção uretral:** realizada só no **CHOV** às 4as. Feiras pela manhã, mediante agendamento prévio. Orientações de coleta: Não tomar banho anterior à coleta (no mesmo dia), abstinência sexual de pelo menos 48 horas, não estar fazendo uso de antibióticos por pelo menos 07 dias antes da coleta, e vir ao laboratório de bexiga cheia (não urinar antes da coleta).

**PTH, ACTH, ACTH após dexametasona:** realizados apenas no **CHOV**, são exames de especialistas e somente serão aceitos pedidos de endocrinologistas ou reumatologistas, ou mediante autorização do Grupo Técnico de Especialidades.



**Chumbo:** Exame solicitado apenas pelo CEREST, e realizado apenas no PAC, sem necessidade de agendamento prévio. Os tubos especiais para coleta deste exame (tampa verde) são fornecidos diretamente ao paciente pelo próprio CEREST.

**X- MODELOS DE DOCUMENTOS (que devem acompanhar o FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES quando solicitado):**

## O FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUISIÇÃO DE EXAMES NUNCA É SUBSTITUIDO POR OUTRA DOCUMENTAÇÃO.

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos. Vide modelo abaixo:

### X.1- FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS				SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPINAS - SP	
FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT							
NOME DA UNIDADE REQUISITANTE:			Nº DE ORDEM:		CÓD. UNIDADE:		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
PRONTUÁRIO:	CARTÃO SUS:	EST.:	R.G.:	DC:	SEQ.:	DATA NASCIMENTO:	SEXO: 12   MASCULINO 25   FEMININO
NOME:							
MUNICÍPIO:						CÓD. MUNICÍPIO:	
SUSPEITA CLÍNICA:				DATA PRIMEIROS SINTOMAS:			
				USO DE ATB			
				OUTROS MEDICAMENTOS			
SADT SOLICITADO:				CASO:   COMUNICANTE		DE DOENÇA NOT. COMPULSÓRIA	
						CÓDIGO:	
						Nº DE SESSÕES:	
MATERIAL ENVIADO:   DIAGNÓSTICO				CONTROLE		DATA DA REQUISIÇÃO:	
						1ª AMOSTRA   2ª AMOSTRA	
NOME DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O SADT / ENCAMINHADO PARA:						CÓD. UNIDADE:	
ENDEREÇO:						TELEFONE:	
ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:						CR:	
FO501 - MAR / 03 / SMS - 1ª VIA - CLIENTE SADT - 2ª VIA - UNIDADE - FORMATO A5 (210x148) - CÓD. MATERIAL: 29561							

**OBS :** O SADT deverá ser anexado ao Formulário de Requisição de amostras com clips (NÃO GRAMPEAR). Estes documentos devem ser encaminhados dentro de pastas ou envelopes, FORA do malote térmico. A Vigilância não permite contato destes documentos com a amostra biológica.

## Assistência Laboratorial no Município de Campinas

### Manual das Unidades Básicas

#### X.2-FILIPETAS:

Utilizadas para exames encaminhados à PUCC.

**Atenção !** Deve ser colocado o **nome completo** do paciente, escrito da mesma forma do Impresso único. A PUCC não aceita filipetas preenchidas de forma diferente do Impresso único.

**Atenção !** Para pacientes pediátricos, preencher os **dados da criança** e não da mãe !

<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>RG:</b>	<b>PROFISSÃO:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>DATA DO NASCIMENTO:</b> ___/___/___		<b>SEXO:</b> ( ) MASC ( ) FEM
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>COMPLEMENTO:</b>
<b>BAIRRO:</b>	<b>MUNICÍPIO:</b>	<b>CEP:</b>
<b>NOME DA MÃE:</b>		

#### X.3- SINAM e Check-list:

Utilizado para **exames de Vigilância** encaminhados ao IAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DA SAUDE ESTADO DE SAO PAULO SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE		SINAN SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICACAO FICHA DE SOLICITACAO DE EXAMES		Nº
Requisitante	1 Laboratório	Código	2 Data de Entrada	
	3 Município de Notificação		Código IBGE	
	4 Unidade de Saúde		Código (SIA/SUS)	
	5 Endereço		6 (DDD) Telefone	
Paciente/Exames	7 Nome do Paciente	8 Número do Cartão SUS		
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Suspeita Clínica			
	13 Caso 1-Suspeito 2-Comunicante 9-Ignorado	14 Data dos Primeiros Sintomas	15 Exame	
	16 Material Enviado	17 Data da Coleta	18 Uso de Antibiótico na Data da Coleta 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	19 Gestante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Paciente tomou vacina? se sim, especificar:	Data	
	21 Requisitante		22 Data	

EXAME\_NET 16/12/2006 MR CORL Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006 Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

**Manual das Unidades Básicas**


**SINAN PARA NS-1 E ISOLAMENTO VIRAL**

<b>CHECK LIST PARA O LABORATÓRIO</b>	
(EXAMES DE DENGUE NS-1 E ISOLAMENTO VIRAL)	
NOME DO PACIENTE _____	
DATA DO ÍNICIO DOS SINTOMAS: _____	
DATA DA COLETA: _____	HORA: _____
DATA DA ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	HORA: _____

**OBS:** Este check-list deve ser anexado aos pedidos de NS-1(ficha numerada SINANNET) e isolamento viral (SADT com número do SINANNET).

**Orientação de coleta:** estes exames deverão ser colhidos até o 3º dia de sintoma de suspeitos de dengue conjuntamente em 02 tubos de secos ou com pró coagulante (mesmo tubo de Imunoquímica tampa vermelha/amarela).

**X.4-IMPRESSO PRÓPRIO DE BK**

 <b>DIVISÃO DE TUBERCULOSE</b>		<b>Solicitação de Cultura Micobactérias - TB</b>	DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____	Nº GERAL _____
UNIDADE DE SAÚDE _____			GVE _____	
NOME _____			Nº DO PRONTUÁRIO _____	
ENDEREÇO _____				
DIST. ADM. _____	MUNICÍPIO _____	CEP _____	(DDD) FONE _____	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE _____	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		
MATERIAL ENVIADO <input type="checkbox"/> ESCARRO <input type="checkbox"/> OUTRO _____				
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE TRATAMENTO				
EXAME SOLICITADO <input type="checkbox"/> CULTURA <input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE				
JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENSIBILIDADE: _____				
<b>RESULTADO DA CULTURA</b>				
<input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> NÃO-REALIZADA				
			Nº DA CULTURA <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
<input type="checkbox"/> POSITIVA <input type="checkbox"/> HOUVE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DO COMPLEXO M. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> HOUVE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS SUGESTIVAS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS				
<input type="checkbox"/> TESTE DE SENSIBILIDADE EM ANDAMENTO <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO CONCLUSIVA EM ANDAMENTO				
RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DA ESPÉCIE: <i>Mycobacterium</i> _____				
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS <input type="checkbox"/> INSONIAZIDA <input type="checkbox"/> RIFAMPICINA <input type="checkbox"/> PIRAZINAMIDA				
R= RESISTENTE S=SENSÍVEL <input type="checkbox"/> ETAMBUTOL <input type="checkbox"/> ESTREPTOMICINA				
TESTE DE SENSIBILIDADE ÀS DROGAS NÃO-REALIZADO				
<input type="checkbox"/> MATERIAL INSUFICIENTE OU CULTURA INVÁVEL <input type="checkbox"/> CULTURA CONTAMINADA				
<input type="checkbox"/> EXAME SOLICITADO SEM JUSTIFICATIVA <input type="checkbox"/> TESTE REALIZADO COM OUTRA CEP ANUM PERÍODO INFERIOR A TRÊS MESES				
OBSERVAÇÃO				
<b>X.5-IMPRESSO PRÓPRIO DE HANSENÍASE:</b>				
DATA DA SAÍDA ____/____/____		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME _____		

REQ\_CULTURA\_TB 14/07/2008 MR PM/0



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE  
BACILOSCOPIA – HANSEN**

UNIDADE REQUISITANTE: \_\_\_\_\_

**XI- ORIENTAÇÕES DE BIOSSEGURANÇA:**

**Manual das Unidades Básicas**

A norma ABNT NBR 14785:2001 trata dos Requisitos de Segurança no Laboratório Clínico aplicáveis a todo o território nacional. Com base nela, recomendam-se as seguintes precauções universais:

- proibir alimentos, bebidas ou fumo na área de coleta da Unidade Básica
- armazenar alimentos exclusivamente em áreas de alimentação, em locais adequados, sendo proibido alimentos ou bebidas fora destes locais. A área de coleta deve-se destinar exclusivamente aos procedimentos de coleta de amostras biológicas, materiais e insumos para coleta;
- não colocar na boca quaisquer materiais ou objetos empregados no ambiente de trabalho, tais como: canetas, lápis, etiquetas, selos e envelopes;
- não fazer a aplicação de cosméticos e maquiagens na área de coleta;
- evitar o manuseio de lentes de contato na área de coleta ;
- prender/proteger cabelos e barbas durante a jornada de trabalho, a fim de evitar contato com materiais e superfícies contaminados;
- limpar e aparar as unhas e caso sejam utilizados esmaltes, preferir os de cor clara;
- evitar o uso de correntes compridas no pescoço, brincos grandes ou braceletes soltos;
- lavar as mãos após o manuseio de qualquer material biológico.

**Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**

- Utilizar o jaleco na área de coleta, cobrindo adequadamente as partes do corpo. É recomendável sobrepor à vestimenta com um avental de tecido lavável ou descartável, longo e de mangas compridas, que alcance o nível do joelho. As boas práticas de segurança recomendam que este avental deva sempre ser retirado ao sair da área de coleta, não sendo correto seu uso nas áreas de alimentação e descanso.
- Não se recomenda o uso dos equipamentos de proteção individual fora do perímetro onde seu uso está indicado.

**Manual das Unidades Básicas**

- Recomenda-se sempre a utilização de luvas durante o ato da coleta. As trocas necessitam ser efetuadas quando houver qualquer contaminação com material biológico. Trocar a cada troca de paciente.
- Sempre que for necessário, lavar as mãos e, em seguida, colocar luvas novas.
- Não manusear objetos de uso comum (telefone, maçanetas, copos, xícaras, etc.) enquanto estiver usando luvas.
- Não descartar as luvas nas lixeiras de uso administrativo, separar o lixo contaminante do lixo comum.
- Utilizar máscaras quando o ato da coleta do material biológico sugerir risco de contaminação pela formação de gotículas ou aerossóis.
- Utilizar sapatos confortáveis com solado antiderrapante e de saltos não muito altos, para que se minimizem os riscos de acidentes. Na área de coleta, não se recomenda o uso de sandálias, chinelos ou outros calçados abertos.

**Cuidados na Sala de Coleta**

- Desinfetar imediatamente as áreas contaminadas com hipoclorito a 1%.
- Comunicar ao superior imediato os acidentes com material infectante.

**Descarte Seguro de Resíduos**

O descarte seguro de resíduos tem como objetivo atender à Resolução CONAMA 283, de 12 de julho de 2001, e as normas que regulamentam a obrigatoriedade do PGRSS, e devem obedecer ao padronizado pela Vigilância Sanitária em cada Unidade.

As Unidades devem estabelecer uma padronização para limpeza e desinfecção (quando aplicável) de seus móveis, utensílios e estrutura física. Isto deve ser realizado de acordo com o risco de infecção que cada área oferece.

**XII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ANVISA-RDC nº306- RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE de 07/12/2004.

ANVISA-RDC nº302- Legislação Sanitária sobre laboratórios Clínicos- de 13/10/2005.

CENTRO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA FLEURY- MANUAL DE EXAMES, SÃO PAULO, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Manual de apoio aos gestores do SUS. Organização da rede de laboratórios, Brasília-DF:2001.

1º Caderno de Apoio Coleta de Exames Laboratoriais desenvolvido pela Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo -2007.

Guia Prático para Requisição dos Exames Laboratoriais (Formulário Único), desenvolvido pela equipe gestora do Laboratório Municipal de Campinas em 25/07/2008.

Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas - edição 2005.

Laboratório Álvaro- Manual de Exames 2003/2004.

Recomendações da **Sociedade Brasileira de Patologia Clínica Medicina Laboratorial** para COLETA DE **SANGUE VENOSO**. 2ª edição -2009  
ou pelo site: <http://www.sbpc.org.br/profissional/noticia.diverso.php?id=2&tp=3>

Portaria nº 788, de 23 de outubro de 2002 da Secretária de Assistência à Saúde SAS/MS de 24/10/2002.

*Manual das Unidades Básicas*

**XIII- APÊNDICE (CÓDIGO DAS UNIDADES DE SAÚDE):**

CÓDIGO	UNIDADE	CÓDIGO	UNIDADE
001	CONCEICAO	050	CAPS ESTACAO
002	ANCHIETA	051	HOSP MADRE THEODORA
003	VILA RICA	052	SANTO ANTONIO
004	OROZIMBO MAIA	053	PEDRO AQUINO
005	COSTA E SILVA	054	COAS
006	PERSEU	055	UCA
007	SANTA MONICA	056	CAPS NOVO TEMPO
008	SOUZAS	057	M B ESPERANCA
009	PARANAPANEMA	058	SAO CRISTOVAO
010	JOAQUIM EGIDIO	059	LISA MARACANA
011	CASSIO RAPOSO	060	SAO DOMINGOS
012	ESMERALDINA	061	IPAUSSURAMA
013	SANTA LUCIA	062	CANDIDO FERREIRA
014	FIGUEIRA	063	LAB MARIO GATTI
015	SAO QUIRINO	064	CRAISA
016	AEROPORTO	065	CRIAD
017	BOA VISTA	066	SAD NORTE LESTE
018	TANCREDAO	067	CELSO PIERRO
019	SAO JOSE	068	CENTRO MEDICO
020	INTEGRACAO	069	CASA DE SAUDE
021	IPE	070	ATALIBA
022	POLI 03	071	PEN FEM SAO BERNARDO
023	SAO VICENTE	072	CORSINI
024	VISTA ALEGRE	073	C REAB FISICA
025	TAQUARAL	074	CAMPO BELO
026	31 DE MARCO	075	SAD SUDOESTE NOROESTE
027	CAPIVARI	076	CAPS SUL
028	FLORENCE	077	MOGI MIRIM
029	RH	078	S J B VISTA
030	DIC 03	079	CAPS INTEGRACAO
031	BARAO GERALDO	080	LAR VELHINHOS
032	POLI 02	081	CDP
033	VALENCA	082	SABIN
034	AURELIA	083	UNIAO DE BAIROS
035	DIC 01	084	CARVALHO DE MOURA
036	SANTA ODILA	085	ROSSIN
037	EULINA	086	AMB M GATTI
038	CEASA	087	CAPS TANCREDAO
039	SAO MARCOS	088	OZIEL
040	CENTRO	089	CAMPINA GRANDE
041	FARIA LIMA	090	MOD VILLAGE
042	CEREST	091	SATELITE IRIS
043	LMC	092	NOVA AMERICA
044	ITATINGA	093	CAIC VILA UNIAO
045	FLORESTA	094	CARLOS GOMES
046	AMDA DST	095	MOD FERNANDA
047	VISA NOROESTE	096	PAC
048	MEDICAMP	097	MONTE CRISTO
049	SANTA BARBARA	098	ITAJAI

*Assistência Laboratorial no Município de Campinas*

*Manual das Unidades Básicas*

CÓDIGO	UNIDADE	CÓDIGO	UNIDADE
099	MOD ROSALIA	148	PARAISO
100	BENEFICIENCIA PORTUGUESA	149	S CLARA
101	PS ANCHIETA	150	AMB PN RISCO MATERNIDADE
102	P S SAO JOSE	151	CAPS AD INDEPEND
103	P S OURO VERDE	152	AMPARO
104	CAPS DAVI CAPISTRANO	153	CHOV-SEDIR
105	MAT CAMPINAS	154	CENTROCOR
106	HOSP VERA CRUZ	155	CENTRO DE IMAGEM
107	HOSP SANTA TEREZA		
108	HOSP METROPOLITANO		
109	ICC		
110	SUMARE		
111	UNICAMP		
112	HOSP SAMARITANO		
113	CL RASKIN		
114	BOLDRINI		
115	DIMEN		
116	CTA O VERDE		
117	PS CENTRO		
118	LAB MUNICIPAL COV		
119	CAPS TONINHO		
120	CAD S BERNARDO		
121	IRMÃOS PENTEADO		
122	HOSP SANTA EDWIGES		
123	CAPS ESPERANCA		
124	CEVI		
125	C R IDOSO		
126	SAD SUL		
127	CAPS LESTE		
128	CAPS REVIVER		
129	PA CENTRO		
130	AMBULATORIO STA CASA		
131	AMBULATORIO SUS IMC		
132	CHOV		
133	RH CHOV		
134	PS CAMPO GRANDE		
135	PQ EMILIA		
136	V YOLANDA		
137	V BASSO		
138	CRUZEIRO		
139	LUCELIA		
140	V VIEL		
141	NV VENEZA		
142	SALERNO		
143	ANGELO TOMAZIN		
144	MARIA ANTONIA		
145	BANDEIRANTES		
146	S JUDAS		
147	NV TERRA		