



DEPARTAMENTO DE
Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria da Saúde



apresentam

CUIDADOS NA COLETA DO TESTE DO PEZINHO



Mouseline Torquato Domingos



MATERIAL E ARMAZENAMENTO



PREENCHIMENTO CORRETO



<p>DESTACAR</p> <p>DECLARAR QUE NA DATA DE _____ FUJ INFORMADA DA COLETA DE SANGUE PARA OS TESTES DE TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO). OBSERVAÇÃO: O POSTO DE SAÚDE DEVE GUARDAR POR 6 MESES ESTE COMPROVANTE NO PRONTUÁRIO DA MÃE OU BEBÊ. CONFORME PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 922, DE 06/06/2011.</p> <p>NOME DA MÃE: _____</p> <p>DATA DE NASC. DA CRIANÇA: _____</p> <p>ASSINATURA DA MÃE: _____</p>	<p>Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) - somente números</p> <p>www.fepe.org.br A sua senha para impressão do resultado via internet é: 02891300 Disponível por 90 dias</p>	<p>FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836</p> <p>"TESTE DO PEZINHO" - GRATUITO E OBRIGATÓRIO</p> <p>OBRIGATÓRIO ENTREGAR ESTE COMPROVANTE AOS PAIS</p> <p>SE PREMATURO, REPETIR O EXAME ENTRE 20-45 DIAS DE VIDA, FAVOR ORIENTAR A MÃE. LEVAR ESTE FOLHETO NO POSTO DE SAÚDE PARA COLETAR NOVAMENTE.</p>	<p>Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) - somente números</p>
	<p>POSTO DE SAÚDE COMPROVANTE DE COLETA</p> <p>INFORMATIVO AOS PAIS</p> <p>SEU FILHO COLETOU ALGUMAS GOTAS DE SANGUE ("TESTE DO PEZINHO") PARA O EXAME GRATUITO DE SEIS DOENÇAS, CHAMADAS DE FENILCETONÚRIA, HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO, HEMOGLOBINOPATIAS, FIBROSE CÍSTICA, HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA E DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE.</p> <p>ELAS PODEM CAUSAR DEFICIÊNCIA MENTAL E OUTROS PROBLEMAS. PROCURE O RESULTADO EM 15 DIAS NA SECRETARIA DO POSTO DE SAÚDE ONDE COLETOU O SANGUE.</p> <p>REPITA O EXAME QUANDO SOLICITADO - É IMPORTANTE</p>	<p>FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836</p> <p>"TESTE DO PEZINHO"</p> <p>PREENCHER CONFORME ORIENTAÇÃO NO VERSO</p> <p>NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA MÃE _____</p> <p>NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA CRIANÇA _____</p> <p>GÊNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> INDEFINIDO</p> <p>Nº REGISTRO LOCAL _____ Nº DO CARTÃO DO SUS DA MÃE _____</p> <p>RUA + COMPLEMENTO (Bloco, Apto, Casa, etc) _____ Nº _____</p> <p>COR <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> ROXA</p> <p>BAIRRO _____ CEP _____</p> <p>PESO ATUAL (GRAMAS) _____</p> <p>CIDADE _____ UF _____</p> <p>FORAM GÊMEOS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>FOI ALIMENTADO COM LEITE? (MATERNO OU OUTROS) <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>MÃE FEZ USO DE CORTICÓIDE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>FEZ TRANSUSÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>DATA DA ÚLTIMA TRANSUSÃO _____ / _____ / _____</p> <p>PREMATURO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>IDADE GESTACIONAL _____ SEMANAS</p> <p>NASCIMENTO _____ - _____ - _____ : _____ : _____</p> <p>ESTÁ É A 1ª COLETA DO BEBÊ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>COLETA _____ - _____ - _____ : _____ : _____</p> <p>NOME LEGÍVEL DO COLETADOR _____</p>	
<p>DESTACAR</p>	<p>02418846 NÃO DESTACAR</p>	<p>02418846 COLETE SEMPRE ANTES DE TRANSUSÃO E ANTIAGULANTE EDTA</p>	<p>O SANGUE DEVE PREENCHER OS ANTECEDENTES ANTERIORES</p>

FICHA DE COLETA RN

DNV - Número Declaração Nascido vivo

Nº amostra

www.fepe.org.br
a senha para impressão do resultado
via internet é: 02891300
Disponível por 90 dias

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836
"TESTE DO PEZINHO" - GRATUITO E OBRIGATÓRIO
OBRIGATÓRIO ENTREGAR ESTE COMPROVANTE AOS PAIS

SE PREMATURO, REPETIR O EXAME ENTRE 20-45 DIAS DE VIDA,
FAVOR ORIENTAR A MÃE.
LEVAR ESTE FOLHETO NO POSTO DE SAÚDE PARA
COLETAR NOVAMENTE.

INFORMATIVO AOS PAIS
SEU FILHO COLETOU ALGUMAS GOTAS DE SANGUE ("TESTE DO PEZINHO") PARA O EXAME GRATUITO DE SEUS DOENÇAS, CHAMADAS DE FENILCETONÚRIA, HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO, HEMOGLOBINOPATIAS, FIBROSE CÍSTICA, HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA E DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE.
ELAS PODEM CAUSAR DEFICIÊNCIA MENTAL E OUTROS PROBLEMAS. PROCURE O RESULTADO EM 15 DIAS NA SECRETARIA DO POSTO DE SAÚDE ONDE COLETOU O SANGUE.

REPIVA O EXAME QUANDO SOLICITADO - É IMPORTANTE

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE (41) 3111-1836
"TESTE DO PEZINHO"

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA MÃE
NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA CRIANÇA
Nº REGISTRO LOCAL Nº DO CARTÃO DO SUS DA MÃE
RUA + COMPLEMENTO (Bloco, Apto, Casa, etc) Nº
BAIRRO CEP
CIDADE UF
DDD FONE DDD CELULAR E-MAIL
POSTO DE SAÚDE: CÓDIGO POSTO:
NASCIMENTO DIA MÊS ANO : :
COLETA DIA MÊS ANO : :
ESTA É A 1ª COLETA DO BEBÊ? :
NOME LEGÍVEL DO COLETADOR

GÊNERO F M
 INDEFINIDO
COR BRANCA NEGRA AMARELA PARDAS
PESO ATUAL (GRAMAS)
FORAM GÊMEOS? NÃO SIM
FOI ALIMENTADO COM LEITE? (MATERNAL OU OUTROS) NÃO SIM
MÃE FEZ USO DE COCÁINICA? NÃO SIM
FEZ TRANSUSÃO? NÃO SIM
DATA DA ÚLTIMA TRANSUSÃO
PREMATURO? NÃO SIM
IDADE GESTACIONAL SEMANAS

02418846 NÃO DESTACAR
02418846
COLETE SEMPRE ANTES DE TRANSUSÃO E ANTES DE PROVAQUILANTE EDT/

DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) - somente números
PREENCHER CONFORME ORIENTAÇÃO NO VERSO

DECLARAR QUE NA DATA DE _____ FUI INFORMADA DA COLETA DE SANGUE PARA OS TESTES DE TRIAGEM NEONATAL (TESTE DO PEZINHO).
OBSERVAÇÃO: O POSTO DE SAÚDE DEVE GUARDAR POR 6 MESES ESTE COMPROVANTE NO PRONTUÁRIO DA MÃE OU BEBÊ, CONFORME PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 922, DE 06/06/2001.
NOME DA MÃE: _____
DATA DE NASC. DA CRIANÇA: ____/____/____
ASSINATURA DA MÃE: _____

DESTACAR →

COMPROVANTE DE COLETA

DESTACAR ←

Nome mãe

Nasc / coleta

origem

LANCETAS

≠ Profundidades



≠ Usos específicos



TESTE DO PEZINHO

1,6 mm (lâmina)

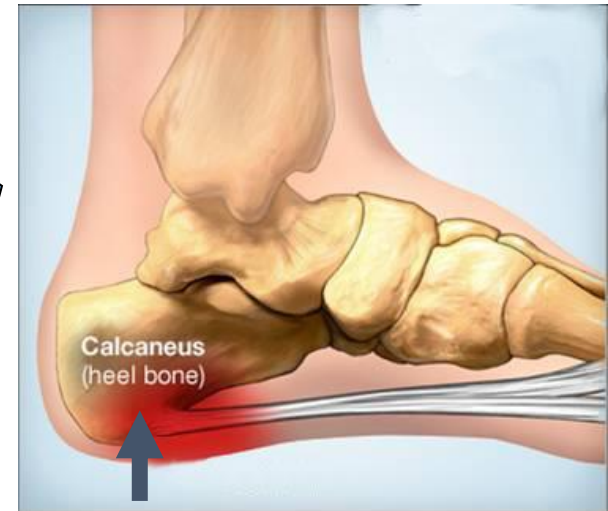
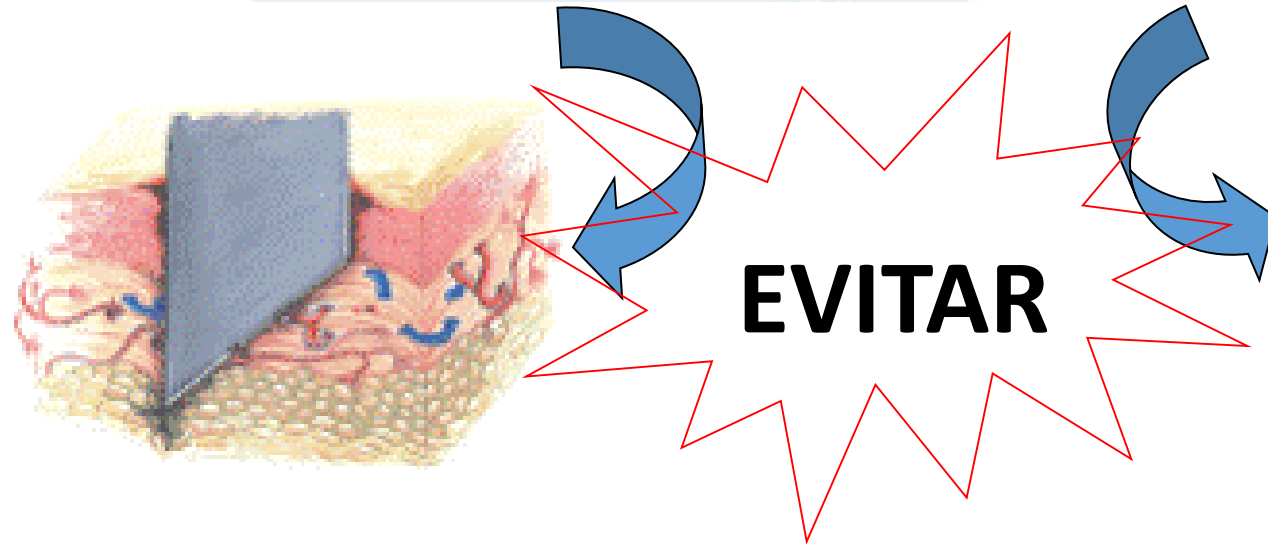
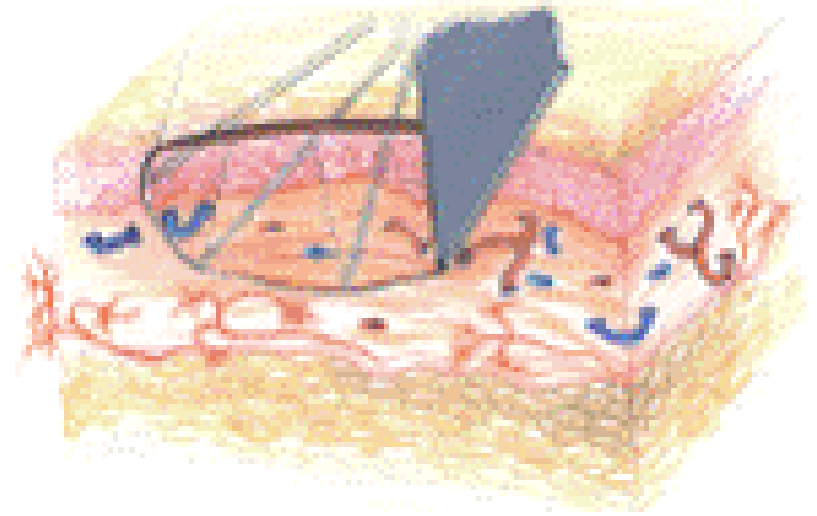
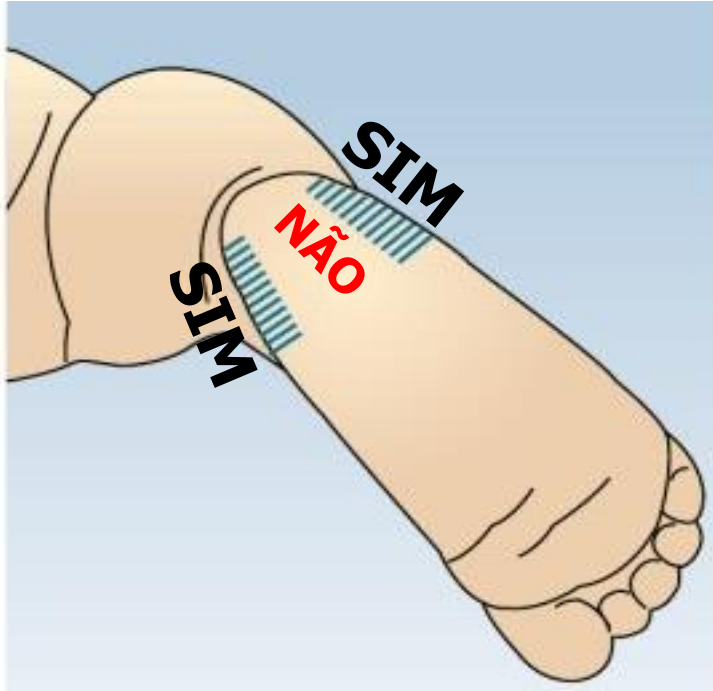
(500 uL sangue)



ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO



LOCAL DA PUNÇÃO



CRIANÇA RETIDA HOSPITAL



1. Aproveitar a coleta punção venosa de outros exames
(SEM EDTA)
2. **Coletar antes transfusão**
3. TRANSFUSÃO INTRAUTERINA - Considerar como dia da transfusão a data de nascimento do bebê.
4. Coletar antes da transferência do RN para outra entidade
5. **Observar ESQUEMA DE COLETA – TESTE DO PEZINHO**

COLETA – 12 passos

1.



2.



3.



4.



COLETA

5.



6.



7.



COLETA

8.



9.



10.



SECAGEM AMOSTRAS

11.



- Local fresco
- Longe Sol ou Fontes de Calor
- Tempo – máximo 3 horas
- Geladeira até envio

ENVIO

11.



12.



ENVELOPE CARTA RESPOSTA



EXCLUSIVO PARA USO DA FEPE

Recebido em: ___/___/___

Por: ___/___/___

Categoria de Qualidade:

- 1. Ótimo
- 2. Bom
- 3. Ruim

Ocorrência:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Amassado | <input type="checkbox"/> 5. Borrado |
| <input type="checkbox"/> 2. Aberto | <input type="checkbox"/> 6. Ensanguentado |
| <input type="checkbox"/> 3. Molhado | <input type="checkbox"/> 7. Perfumado |
| <input type="checkbox"/> 4. Pisado | <input type="checkbox"/> 8. Outros |

EXCLUSIVO PARA USO DA FEPE

Recebido em: ___/___/___

Por: ___/___/___

Categoria de Qualidade:

- 1. Ótimo
- 2. Bom
- 3. Ruim

Ocorrência:

<input type="checkbox"/> 1. Amassado	<input type="checkbox"/> 6. Ensanguentado
<input type="checkbox"/> 2. Aberto	<input type="checkbox"/> 7. Perfumado
<input type="checkbox"/> 3. Molhado	<input type="checkbox"/> 8. Sem carimbo
<input type="checkbox"/> 4. Pisado	<input type="checkbox"/> 9. Outros
<input type="checkbox"/> 5. Borrado	

DATA DE POSTAGEM

___/___/___

USO EXCLUSIVO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU HOSPITAL

REMETENTE

Nome da Instituição: _____

Cidade: _____

DATA DE POSTAGEM

___/___/___

USO EXCLUSIVO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU HOSPITAL

PREENCHER OS CAMPOS DO ENVELOPE

EXCLUSIVO PARA USO DA FE

Recebido em: ___/___/___

Por: ___/___/___

Categoria de Qualidade:

1. Ótimo

2. Bom

3. Ruim

Ocorrência:

1. Amassado

2. Aberto

3. Molhado

4. Pisado

5. Borrado

6. Ensanguentado

7. Perfumado

8. Sem carimbo

9. Outros _____

DATA DE POSTAGEM

07 / 11 / 17

USO EXCLUSIVO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE OU HOSPITAL

61098

Carta

9912340485/2014 - DR/SC

SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE SC

Correios

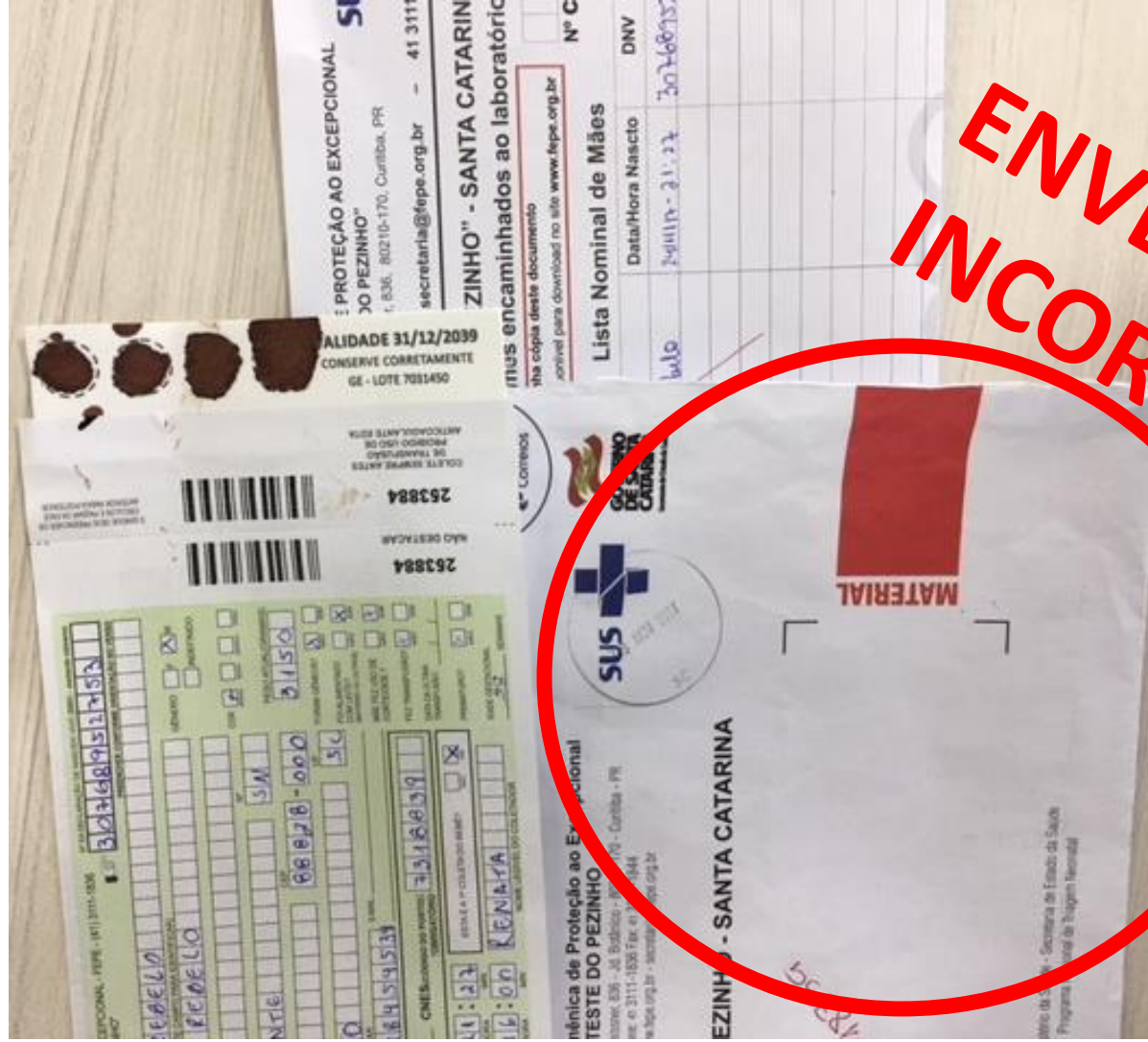
MAFRA

07 NOV 2017

SC

GOVERNO
DE SANTA

UTILIZE ENVELOPE CARTA RESPOSTA PADRÃO

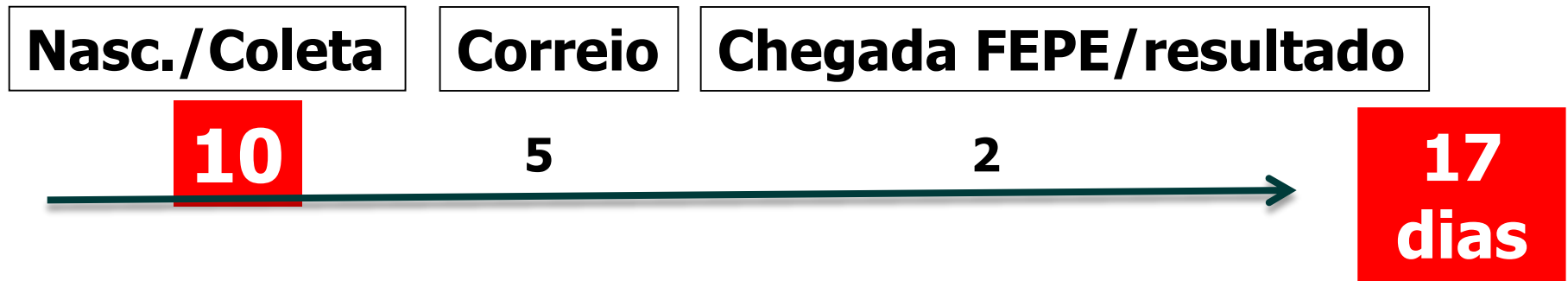
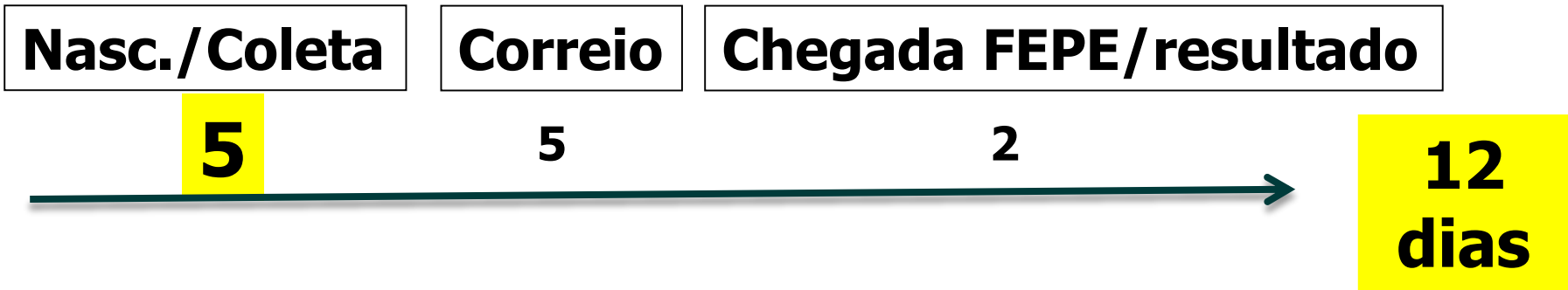
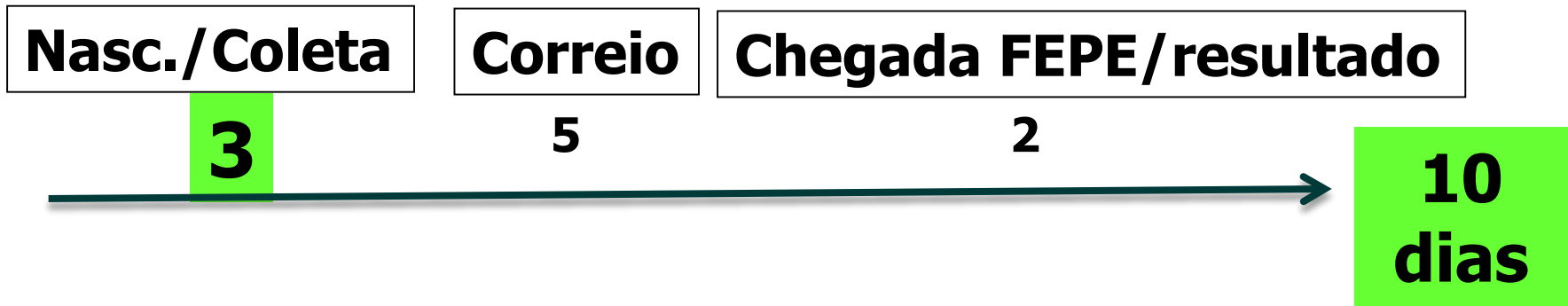


IDADE DE COLETA DO TESTE DO PEZINHO

Dias de vida	n	%
≤ 2	516	0,7
2 - 5	44268	55,8
> 5 - 8	21317	26,8
> 8 - 14	5417	6,8
>14 - 30 (*)	5037	6,4
Maior que 30 (*)	2838	3,5

N = 79.393 RN (Janeiro a Outubro 2017)

(*) Não foram excluídos deste nº os pacientes de controle.



CONSEQUÊNCIAS COLETA TARDIA

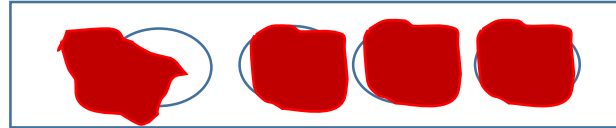
ANO 2017 CASOS ENCAMINHADOS PARA CONSULTA HIPOTIREOIDISMO de SC

Nº CASOS	Idade coleta (dias)	Idade média da criança Consulta (dias)
13	> 3 - 5	13,9
10	> 5 - 8	18
5	> 8 - 15	22
22	> 15 - 30	29

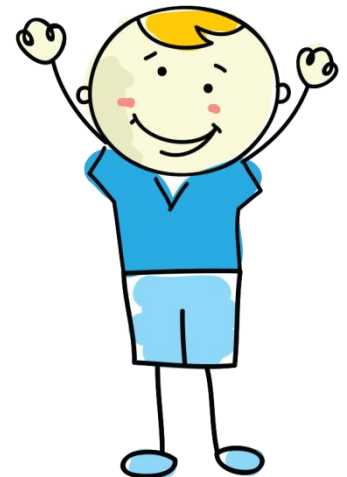
N = 50 CRIANÇAS ENCAMINHADAS PARA CONSULTA

COLETA

- E se o sangue ultrapassar o limite dos círculos no papel ?



- O que fazer quando eu já puncionei o pé do bebê várias vezes e não obtive sangue suficiente ?
- Mandei a amostra coletada e recebi informação de que o sangue estava ressecado ? O que aconteceu ?



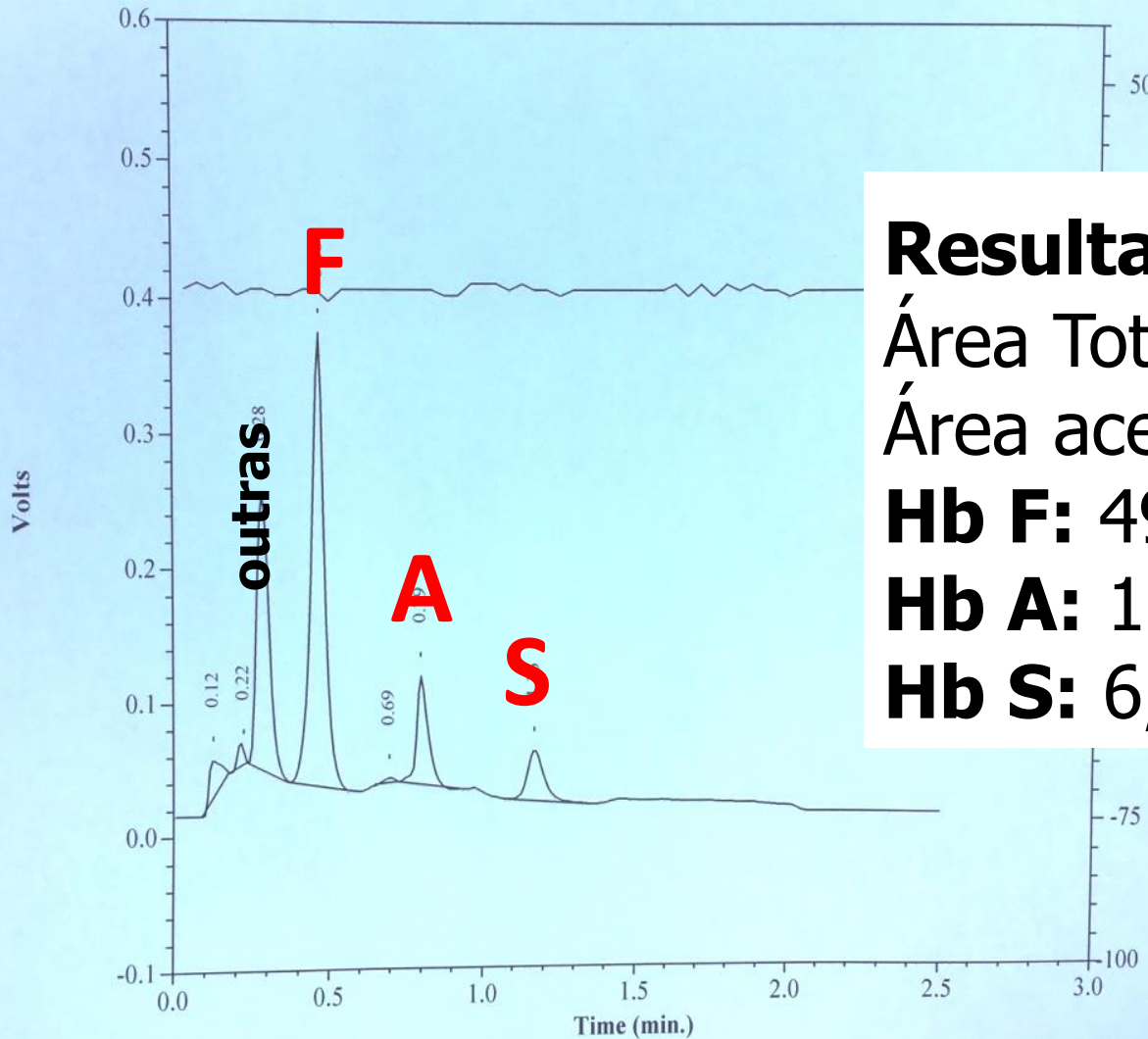
RESSECAMENTO EXCESSIVO

- O sangue coletado foi deixado em local quente
- Ficou exposto ao Sol
- Próximo a fontes de calor (estufa)
- Esquecido na estante de coleta / console carro
- Colocado nas caixas de Correio



AMOSTRA PRESERVADA

Pattern: FAS
Total Area: 2087082



Resultado : FAS

Área Total : 2.087.082

Área aceitável até 800.000

Hb F: 49,3 %

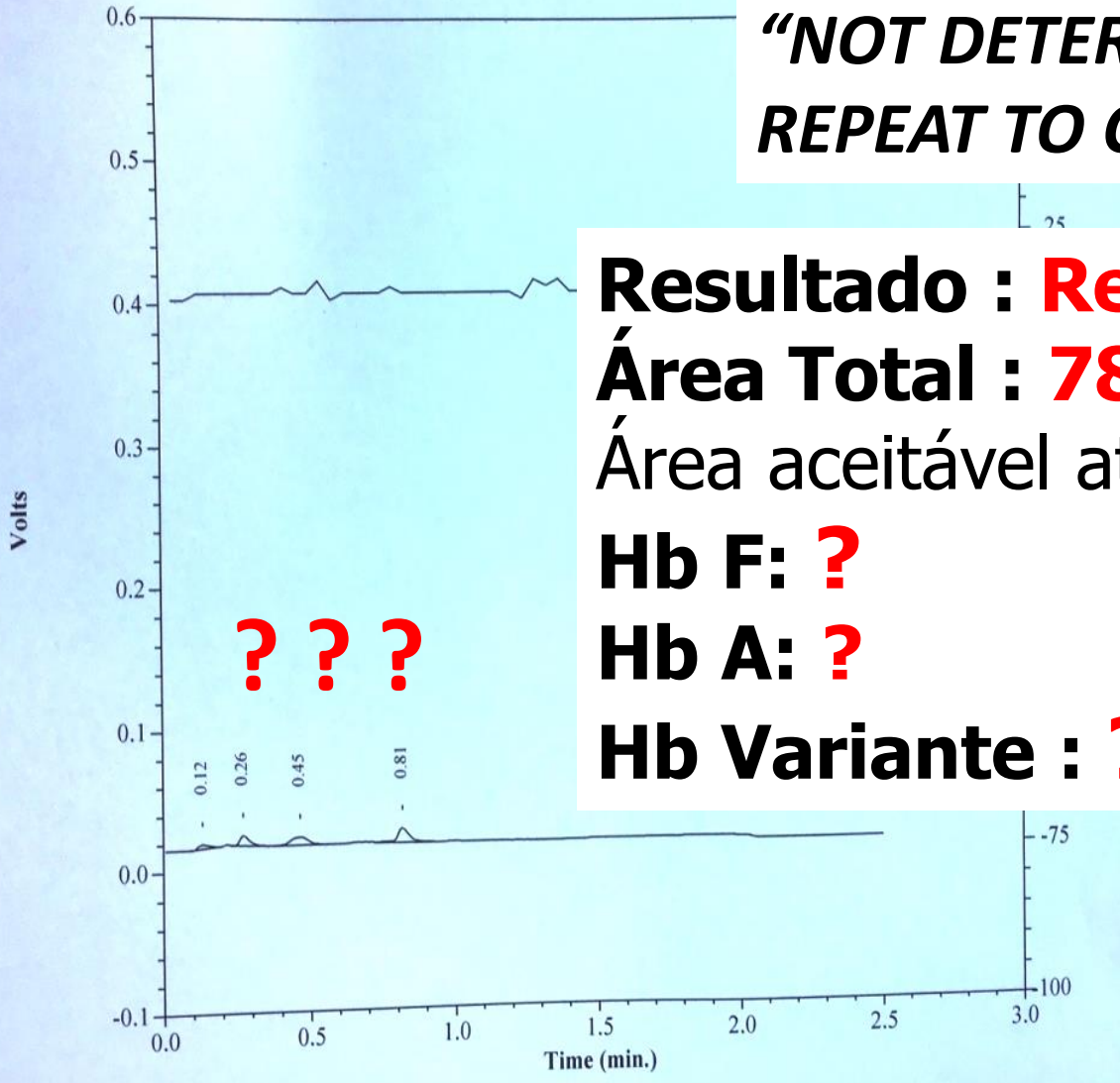
Hb A: 1,03%

Hb S: 6,9%

AMOSTRA RESSECADA

Pattern: NOT DETERMINED (LOW AREA; REPEAT TO CONFIRM)
Total Area: 78723*

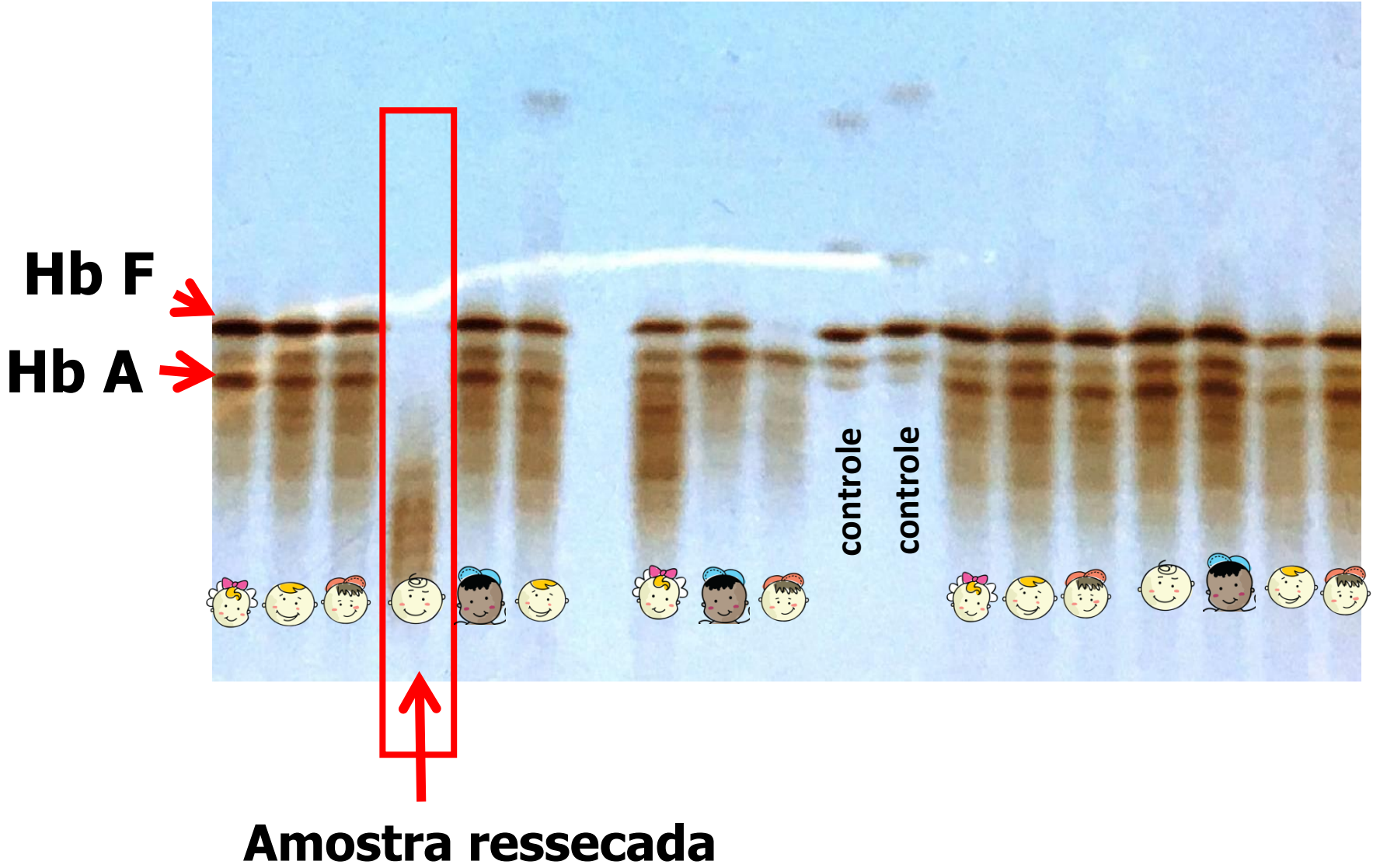
“NOT DETERMINES (LOW AREA: REPEAT TO CONFIRM)”



Resultado : Ressecado (recoletar)
Área Total : 78.723
Área aceitável até 800.000
Hb F: ?
Hb A: ?
Hb Variante : ???

???

AMOSTRA RESSECADA



COLETA

- Devo enviar as amostras pelo Correio na véspera do feriado?
- Qual a melhor maneira de armazenar um “teste do pezinho” na UBS?
- Qual o cuidado durante o transporte do “teste do pezinho” até a Agência de Correios?



COLETA TEMPO IDEAL

Feito nas Unidades Básicas
de Saúde - UBS



**PREFERÊNCIA NO 3º
DIA DE VIDA**

**COLETAR 3º AO 5º
DIA DE VIDA
TEMPO IDEAL**

PREMATURO / BAIXO PESO MÃE FEZ USO DE CORTICÓIDE

PREMATURO

(MENOS DE 37 SEMANAS) OU
PESO ATUAL ABAIXO DE 1500G



COLETAR 3° AO
5 ° DIA DE VIDA



RECOLETAR ENTRE
20° E 30°
DIA DE VIDA

MÃE FEZ USO DE CORTICÓIDE 15 DIAS ANTES DO PARTO



COLETAR 3° AO
5 ° DIA DE VIDA



RECOLETAR ENTRE
20° E 30°
DIA DE VIDA

PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSFUSÃO

VAI RECEBER TRANSFUSÃO ANTES DE 48h DE VIDA?

PREMATURO

(MENOS DE 37 SEMANAS) OU

PESO ATUAL ABAIXO DE 1500G

SIM

COLETAR ANTES DA TRANSFUSÃO

RECOLETAR 5 DIAS APÓS A TRANSFUSÃO

RECOLETAR ENTRE 20 E 30 DIAS DE VIDA

NÃO

COLETAR ANTES DA TRANSFUSÃO

RECOLETAR 5 DIAS APÓS A TRANSFUSÃO

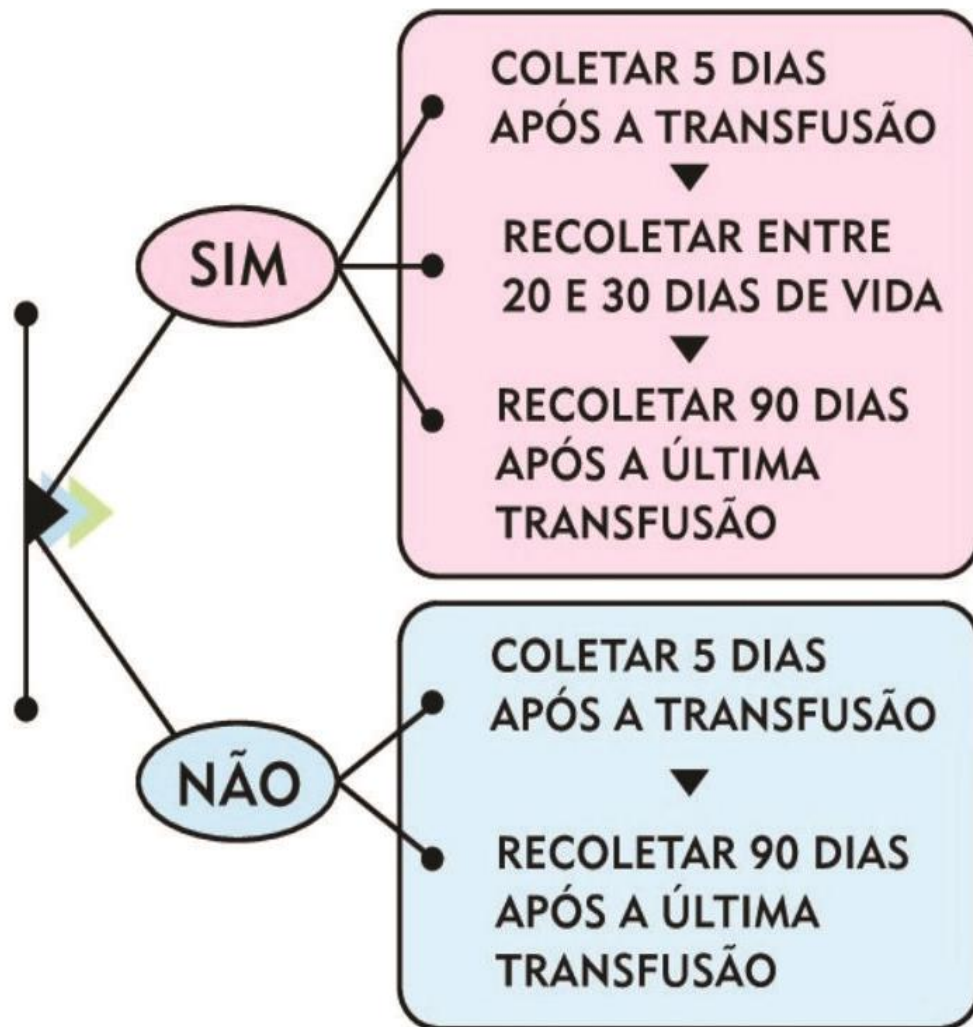
NÃO HOUE COLETA ANTES DA TRANSFUSÃO

**NÃO HOUE COLETA
ANTES DA TRANSFUSÃO**



PREMATURO

**(MENOS DE 37 SEMANAS) OU
PESO ATUAL ABAIXO DE 1500G**



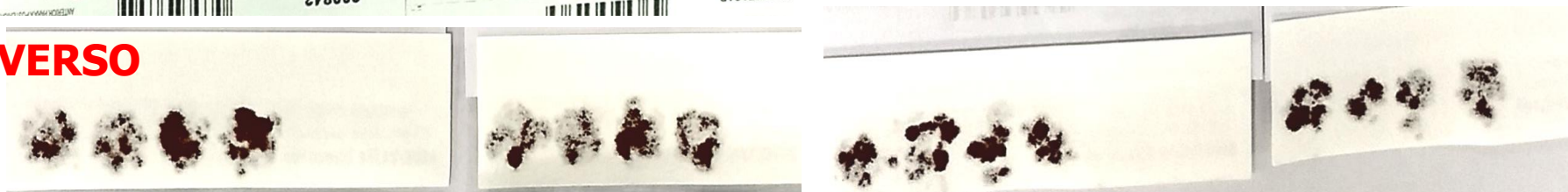
INDICADOR MÁ COLETA	%
sangue insuficiente	41,5
sangue ressecado	35,0
sangue hemolisado	10,2
sangue envelhecido	4,0
sangue comprometido (contaminação)	4,0
coleta pos transfusão ou incompatível c/ idade	4,9
2 códigos barras (amostra destacada ficha)	0,1

MÁ COLETA

FRENTE



VERSO



PACIENTE QUE FAZ CONTROLE IDENTIFICAR

- FENILCETONÚRIA → CONTROLE FAL ou FENIL
- DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE → CONTROLE BIO



FEPE FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) - somente números

"TESTE DO PEZINHO"

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA MÃE

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA CRIANÇA

PREENCHER CONFORME ORIENTAÇÃO NO VERSO

O SANGUE DEVE PREENCHER OS ANELOS E PASSAR DA FAZE ANTERIOR PARA A POSTERIOR



FEPE FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL - FEPE - (41) 3111-1836

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (DNV) - somente números

"TESTE DO PEZINHO"

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA MÃE

NOME COMPLETO E LEGÍVEL DA CRIANÇA (SE GEMELAR USE ESTE CAMPO PARA IDENTIFICAR)

Nº CARTÃO SUS DA MÃE

GÊNERO F M

PREENCHER CONFORME ORIENTAÇÃO NO VERSO

O SANGUE DEVE PREENCHER OS ANELOS E PASSAR DA FAZE ANTERIOR PARA A POSTERIOR

RESULTADO EXAME

- Retirar : www.fepe.org.br
- Disponível na internet por 90 dias
- Kit coleta não deixe faltar

RESULTADO TESTE DO PEZINHO ACESSO PELA INTERNET



CÓDIGO POSTO (= Nº DO CNES)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SENHA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESULTADO DISPONÍVEL ATÉ 90 DIAS



*Acesse o resultado antes do período de 90 dias, para conferir se o exame realmente chegou na FEPE e foi concluído. Ideal logo após o envio pelos Correios.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico** , Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p. : il.
2. Serviço de Referência em Triagem Neonatal do PR. Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional. **Manual Técnico de Coleta Para o Teste do Pezinho**. 3ª Edição, 2013.
3. National Committee For Clinical Laboratory Standasds. **Blood Collection on Filter Papel for Neonatal Screening Programs**, 2nd Edition: Approved Standard – NCCLS Document L A4 – A2 NCCLS, 771 East Lancaster Avenue, Villanova, Pensylvania 19085, 1992.

Muito obrigada



fepe

musse@fepe.org.br

Secretaria@fepe.org.br

Perguntas e respostas

Avalie a webpalestra de hoje:

<https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652>