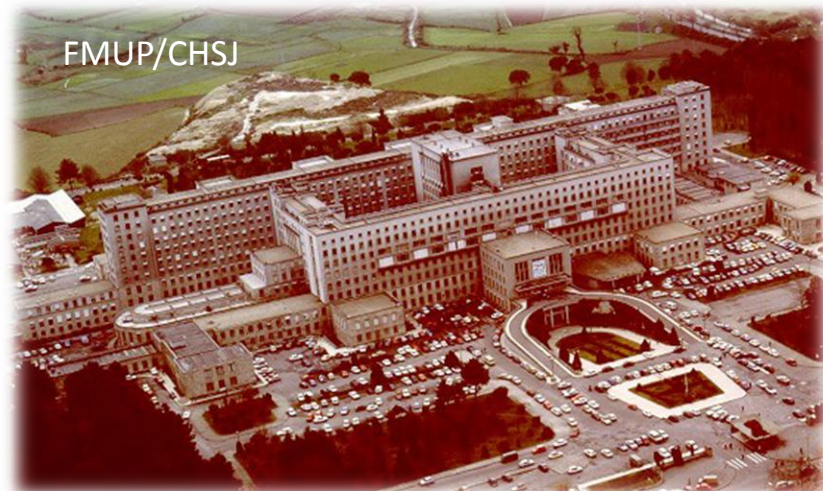


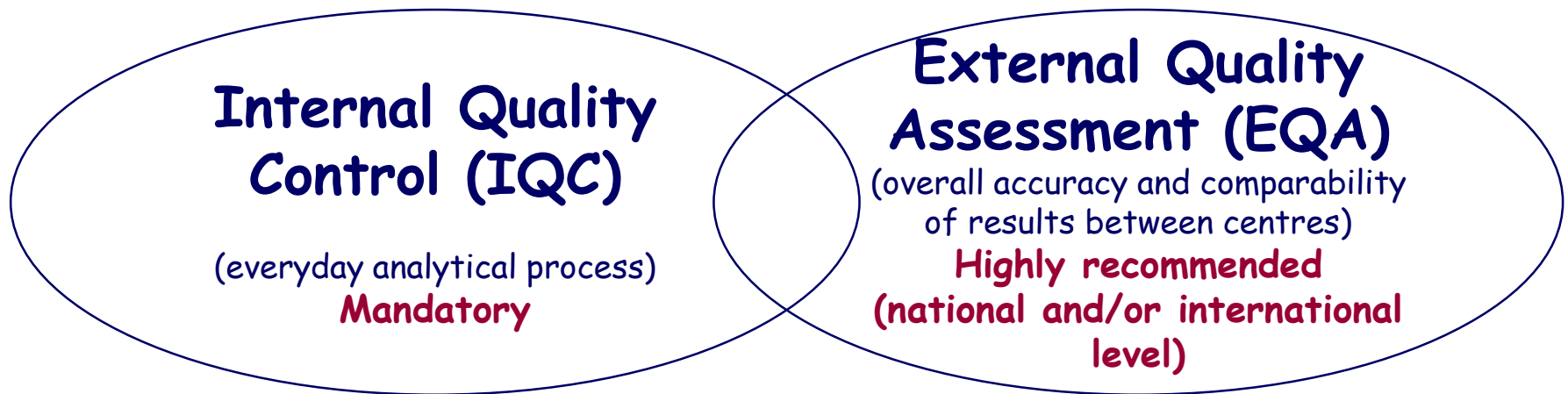
*Política de Qualidade do SAP do Hospital de  
S. João. Porquê e para quê?*

Fátima Carneiro  
Ipatimup & FMUP/CHSJ  
Porto, Portugal



**The object of QA** is to ensure that the right result is provided on the right specimen at the right time, and interpreted according to the right reference data.

This process requires a combination of:



Currently, QA in molecular pathology constitutes a basic requirement by health authorities, healthcare providers and even patient associations.

# Os **novos desafios** da Anatomia Patológica

## (Educação e treino num mundo globalizado)

- Patologia Molecular
  - Biobancos
  - Investigação
- Controlo de Qualidade & Certificação
  - Internacionalização
- Monitorização da aprendizagem  
(avaliação do "outcome")

Como tudo começou...

Acreditação: Kings Fund (2001)



HOSPITAL DE S. JOÃO  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

12.29

Existe um procedimento documentado e actualizado sobre a informação e a partilha com outras entidades externas.

ORIENTAÇÃO

Isso inclui, por exemplo, que informação pode, se não pode, ser partilhada entre serviços ou com entidades externas  
o processo para obter consentimento do doente sobre a divulgação de informação  
acção de monitorização e revisão de procedimentos

Gestão da saúde e segurança

- 12.30 As avaliações dos riscos efectuam-se em cada área de serviço/departamento de acordo com a estratégia de gestão do risco da organização (ver também norma 9, Gestão de risco).
- 12.31 As conclusões das avaliações de risco são documentadas.
- 12.32 São implementadas medidas de prevenção e protecção em resultado de avaliações de risco.
- 12.33 Efectuam-se inspecções de pessoal em matéria de segurança planeada e sistemáticas.
- 12.34 As responsabilidades do pessoal em matéria de segurança estão claramente definidas.

ORIENTAÇÃO

Os objectivos de saúde e segurança do pessoal devem ser estabelecidos e reavaliados periodicamente, como parte do processo de avaliação do desempenho.

HOSPITAL DE S. JOÃO  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

NORMA 12  
(Versão actualizada)

Norma 12.1

12.1 Existe um organograma para o serviço.

ORIENTAÇÃO

O pessoal tem acesso a este e está ciente da estrutura organizacional do serviço.

COMENTÁRIO: A estrutura hospitalar colabora entre si pessoas de cada departamento do Hospital. De responsabilidade de definir as linhas de responsabilidade de cada departamento do Hospital. O serviço tem um quadro médico e um quadro técnico organizado hierarquicamente da Técnica Directora. Um quadro de pessoal auxiliar, consagrado pela prática, é tacitamente aceite, no quadro da Técnica Directora. O pessoal administrativo faz parte do quadro de pessoal auxiliar, tal, pode segundo o regulamento da prática, é tacitamente aceite, no quadro da Técnica Directora.

Em anexo: Organograma (anexo A)  
Quadro médico (anexo B)  
Quadro administrativo (anexo C)  
Quadro técnico (anexo D)  
Quadro de pessoal auxiliar (anexo E)

HOSPITAL DE S. JOÃO  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

NORMA 12  
(Versão actualizada)

Norma 12.1

12.1 Existe um organograma para o serviço.

ORIENTAÇÃO

O pessoal tem acesso a este e está ciente da estrutura organizacional do serviço.

COMENTÁRIO: A estrutura hospitalar obriga a que em cada departamento, serviço ou unidade colaborem entre si pessoas de diferentes níveis e dependentes hierarquicamente da Administração do Hospital. De qualquer forma, é ao Director de Serviço que cabe a responsabilidade de definir as linhas mestras do Serviço. O serviço tem um quadro médico organizado em dois níveis - todos os médicos, qualquer que seja o grau da carreira, dependem directamente do Director de Serviço. Um quadro técnico organizado igualmente em dois níveis - todos os técnicos dependem hierarquicamente da Técnica Directora. Um quadro de pessoal auxiliar que faz parte do quadro de pessoal auxiliar do Hospital mas, consagrado pela prática, é tacitamente aceite, no quotidiano, que depende hierarquicamente da Técnica Directora. O pessoal administrativo faz parte do quadro de pessoal administrativo geral do Hospital e, como tal, pode segundo o regulamento do Hospital transferir para o outro. Consagrado pela prática, é tacitamente aceite, no quotidiano, que depende hierarquicamente do director de Serviço.

Em anexo: Organograma (anexo A, B e C)  
Quadro médico (anexo D)  
Quadro administrativo (anexo E)  
Quadro técnico (anexo F)  
Quadro de pessoal auxiliar (anexo G)



Comissão  
Acreditação

ACREDITAÇÃO

KING'S FUND

LEITZ

---

Hospital São João  
2nd survey  
25-29 October 2004

---

SAPJ – Anatomical Pathology

Standards: 11-16 + 17-22 + 55

H.S.J. ENTRADA
05-01-03 00004
SEMA

*D. Carvalho Silva*  
H. S. J.  
00004 3-01-05  
ADMINISTRAÇÃO  
Ministério da Saúde

30.12.2004 10340

Exmo (a) Senhor (a)  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital de São João  
Alameda Prof. Hernani Monteiro  
4202-451 PORTO

V/Ref.º:

N/Ref.º: Candidatura nº 1865/ Medida 2.3

*Proj. 1865*

Assunto: Financiamento FEDER / Pedidos de Pagamento

*Original "Domicílio"*  
*Cópia para:*  
*D. João Logradouro*  
*Prof. Dr.ª Fátima Carneiro*  
*D.ª Domicília*  
*3.01.05*

*Hernani Monteiro*  
Administração

Leva-se ao conhecimento de V. Exa que após parecer da Unidade de Gestão deste Programa, em consulta escrita, realizada em 14.12.2004, o pedido de financiamento FEDER solicitado por essa Instituição para o projecto "Certificação do serviço de anatomia patológica" foi aprovado por despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde em 28.12.2004.

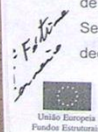
Tendo em vista assegurar a melhor execução do projecto ora aprovado, permito-me recordar a V. Exa as novas orientações em matéria de gestão oportunamente divulgadas por este Programa Operacional (cfr. Ofício circular de 22.12.2004).

No sentido de acelerar a preparação dos **pedidos de pagamento** respeitantes ao projecto em questão, informa-se que o respectivo formulário se encontra disponível no site [www.saudexxi.min-saude.pt](http://www.saudexxi.min-saude.pt), podendo ser igualmente solicitados através do e-mail [saudexxi@saudexxi.min-saude.pt](mailto:saudexxi@saudexxi.min-saude.pt).

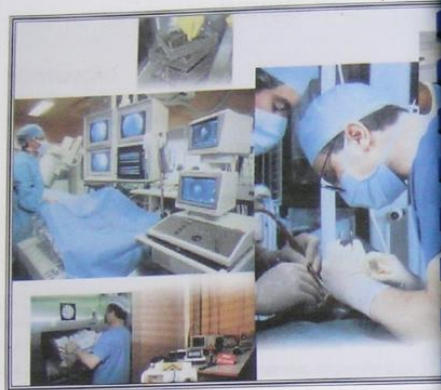
Após a recepção da notificação da aprovação do financiamento, os referidos pedidos poderão ser enviados a este Gabinete.

Recorda-se que os pedidos de pagamento deverão ser acompanhados dos documentos que comprovem o cumprimento das normas em vigor sobre a realização da despesa pública, tal como referido no nosso ofício circular nº 8104, de 7 de Outubro de 2004.

Aproveita-se a oportunidade para lembrar que o processamento de pagamentos pelo Gabinete de Gestão do Saúde XXI depende da comprovação da inexistência de dívidas ao Estado e à Segurança Social, razão pela qual, caso ainda não tenham sido enviadas as necessárias declarações, deverão as mesmas ser anexadas ao primeiro pedido de pagamento.







### Concurso Limitado nº1/2004-E

Elaboração de um Projecto que conduza a  
Certificação segundo a Norma ISO 9001:2000  
Serviço de Anatomia Patológica

### PROPOSTA

Hospital de São João



IMPLEMENTAÇÃO do  
SISTEMA de GESTÃO da QUALIDADE  
no SERVIÇO de ANATOMIA PATOLÓGICA  
do HOSPITAL de SÃO JOÃO

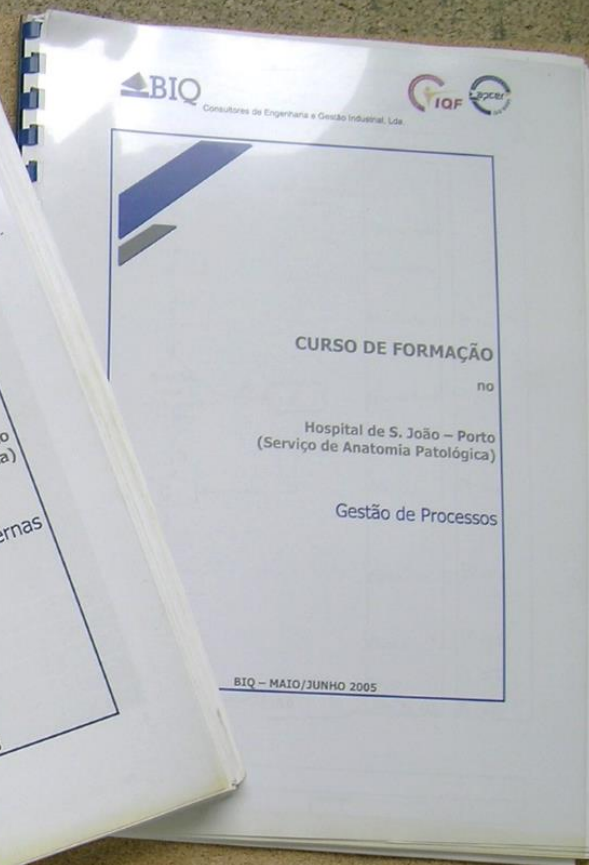


RELATÓRIO DE  
DIAGNÓSTICO  
(revisão à versão final)

**Consultores de**  
*Engenharia e Gestão Industrial,*

15 de Abril de 2005







## ■ VALORES

A cultura do serviço rege-se pelos seguintes valores:

- Diferenciação
- Idoneidade
- Eficiência

## POLÍTICA DE QUALIDADE

A direcção do SAPJ estabeleceu como princípios orientadores da actividade do Serviço, em matéria de qualidade, os seguintes:

- Fornecer serviços de diagnóstico atempados e de qualidade, satisfazendo os requisitos dos serviços clientes (legais bem como os estabelecidos no Sistema de Gestão da Qualidade)
- Promover uma cultura de diagnóstico anátomo-patológico diferenciado, por via de:
  - Actualização técnico-científica
  - Colaboração e intercâmbio com centros nacionais e internacionais
  - Interacção com Serviços de Acção Médica do Centro Hospitalar de São João
- Fomentar uma cultura de melhoria contínua do serviço e da eficácia do SGQ, através de:
  - Implementação de mecanismos de garantia e controlo da qualidade
  - Desenvolvimento de actividades de formação após-a-graduação e de formação contínua
  - Avaliações externas regulares
- Incentivar a investigação clínico-patológica

# Mapa de Controlo de Objectivos

Diagnóstico	4	Manter a n.º de Exames Anatómico-patológicos realizados	31/doz	Na dependência da actividade da hospital. Eventual estabelecimento do protocolo com outras instituições	Todas as profissões da Serviço, Conselho de Administração	Unidade de Autópsia Citopatologia Histopatologia Imunocitoquímica Genotipagem (G) Microrcopia Electrónica	N.º de Autópsia (A) N.º Exames de Citologia (C) N.º Exames de Histologia (H) N.º de Exames de Imunocitoquímica (I) N.º de Exames de Genotipagem de HPV N.º de Exames de Microrcopia Electrónica (ME)	116 11358 29030 3410 1137 214	monitorização monitorização monitorização monitorização monitorização	Relatório de Estatística SAPJ	M.º Jaré	Prof. Fátima	Trimestral
	5	Continuar a prestar exames/relatório de consultar ou 2.ª observação para a exterior	31/doz	Na dependência da solicitação da exterior	Médico	Citopatologia e Histopatologia	N.º de Consultar da Exterior N.º de 2.ª Observação	377 128	monitorização monitorização	Relatório de Estatística SAPJ	M.º Jaré	Prof. Fátima	Trimestral
	6	Assegurar a disponibilização atempada do relatório de exames anatómico-patológicos	31/doz	Reforço do Recurso Humano solicitado na Plano de Actividades de 2010	Administrativo, Médico e Técnico	Histopatologia, Citopatologia, Autópsia, Captura Híbrida e Genotipagem, Microrcopia Electrónica	Tempo máximo de resposta tipo de exame (dias); % de Exames em atraso (H) Biópsia (H) Pequena Cirurgia (C) Aspirativa (C) Erletiva (C) Screening ginecológico (V) Genotipagem (COBAS) (A) Relatório preliminar (A) Relatório final	4%; 7%; 4%; 5%; 4%; 0%; 5%; 30%	4;15%; 8;15%; 5;15%; 5;15%; 15;15%; 30;25%; 2;25%; 40;25%	Relatório de Estatística SAPJ	Joel Paiva	Prof. Fátima	Trimestral
	7	Manter a n.º de Internos e Externos	31/doz	----	Direção da Serviço	Gestão de Recursos Humanos	N.º de Externos e Internos	8 Internos 2 Externos	≥8 ≥15	Gratificação	M.º Jaré	Prof. Fátima	Anual
		Manter a n.º de alunos da Escola de TDT	31/doz	----	Coordenação Técnica	Gestão de Recursos Humanos	N.º de Alunos da Escola de TDT	13 Alunos	≥12 Alunos	Gratificação	Filomena Lima	Filomena Lima	Anual
	8	Manter a formação contínua de internos e especialistas na área de reuniões regulares	31/doz	----	Médico	Citopatologia Histopatologia	N.º de reuniões formais N.º de dias para preparar e concordar o N.º de dias finais de seminários de láminas (três indivíduos de cada 16 dias de todas as especialidades)	3 50%; 82,7%	≥3 ≥70%; ≥85%	Livro de Actas	Prof. Fátima	Prof. Fátima	Semestral
Ciclo do SQR	9	Assegurar o Cumprimento do Programa de auditoria	31/doz	Divulgação atempada (online) do Programa de Auditoria	Auditor Interno	Auditor Interno	N.º de auditoria Programada/Realizada	100%	100%	Programa de Auditoria	Prof. Fátima	Prof. Fátima	Semestral
		Assegurar a eficácia das acções de melhoria identificadas	31/doz	Envolvimento das colaboradoras	Responsável da Qualidade e todas as profissões	Tratamento de Incidentes	N.º de acções correctivas e preventivas eficazes/acções realizadas	96%	≥90%	Requisito de Incidentes	Prof. Fátima	Prof. Fátima	Semestral
		Promover a realização das intervenções nas equipas	31/doz	Sensibilização da SIE e central da Coordenação Técnica	Direção da Serviço e Coordenação Técnica	Gestão da Infra-estrutura e Ambiente de Trabalho	N.º de acções de Manutenção e Calibração realizadas/Programadas	89%	≥95%	Bom Dia Equipamento	Filomena Lima	Filomena Lima	Semestral
		Assegurar o Cumprimento do Plano de Farmácia	31/doz	Levantamento, planificação e central das necessidades de farmácia das colaboradoras	Todas as profissões da Serviço	Gestão de Recursos Humanos	N.º de acções de farmácia Programadas/Realizadas	95%	≥95%	Plano de Farmácia	Prof. Fátima	Prof. Fátima	Semestral
		Promover o Cumprimento das Objectivos da Qualidade	31/doz	Envolvimento de todas as profissões (e de Serviço de apoio da HSJ)	Todas as profissões da Serviço	Gestão e Planeamento	N.º de Objectivos Cumpridos/Definidos	83%	≥80%	Mapa de Objectivos	Prof. Fátima	Prof. Fátima	Anual
		Assegurar a Revisão Atempada das Documentações da SQR	31/doz	Verificação trimestral das documentações a rever	Responsável da Qualidade e todas as profissões	Controlo de Documentação e Requisito	N.º de documentação revista no prazo/Prevista	100%	100%	Contagem manual	Dr.º Isabel Amândio	Prof. Fátima	Semestral

Página 1





Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de São João

# Manual da Qualidade

Original



Janeiro de 2015

Centro Hospitalar de São João

# Qualidade



Janeiro de 2014

Centro Hospitalar S. João



# Qualidade

Janeiro de 2013

Centro Hospitalar de São João



# Qualidade

Janeiro de 2012

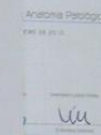
Hospital S. João



# Qualidade

Janeiro de 2011

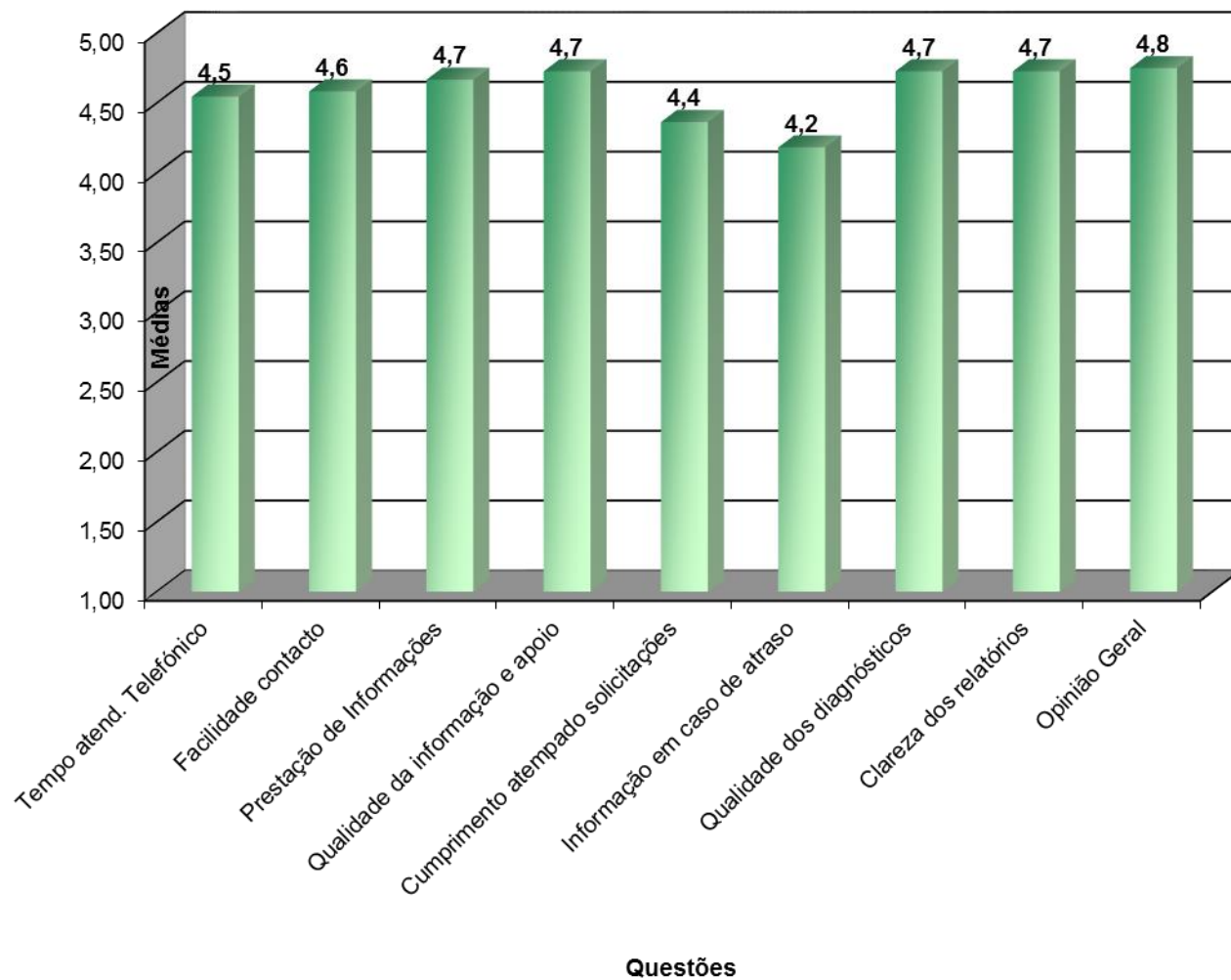
Hospital S. João



# Qualidade

Janeiro de 2010

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES - MÉDIA GLOBAL POR PARÂMETRO**  
Resultados referentes a 13 Serviços - ano de 2013



# Certificação

## NP EN ISO 9001:2000





Porto, 10 de Abril de 2006

Momento de grande alegria pela formalização de uma conquista do Grupo de Animação Petrofísica do H-S-jod que se a obtenção de Certificação pela Norma de referência ISO 9001-2000

Passado o tempo, fui re-iniciado em a Acreditação (2004) posteriormente Certificação (2005) e que teve como histórias muitos protagonistas:

- Tudo começa em 2001 com o desporto Pange do paleo Dinâmico do SAPJ com a sua união de profissionais dentro o grupo a Acreditação - O desporto foi aceite e o Prof. Sobrinho Simão teve um papel fundamental no momento que mais a iniciativa está com a cabeça

- O ano de 2002 foi ocupado por numerosas reuniões de elementos da Comissão de Acreditação, presidiu o Prof. Isabel Ramos em a participação do Prof. Tiago Soares, Joel Monteiros, etc. Do nosso lado a equipa foi o levantamento integral e Ismael Dias. Começa a parte, o nosso elemento de ligação e foi desenvolver parte dos conhecimentos, a Isabel Amadorinho, que foi a sua primeira <sup>responsável</sup> pela Qualidade, o Prof. Manuel Lopes principal pela Unidade de Atividade, a Maria José Garcia (Secretaria Administrativa), a Tereza Correia e outros. O grupo de trabalho que após o que se deu passo o testemunho dos Testemunhos Helena Pereira e Silvana Gomes.

- O ano de 2003 e 2004 foram ocupados na produção documental em o relatório e reuniões periódicas, fluxograma e checklist.

- Ano Cultural de 2004 - Conclusão de fase de desenvolvimento do <sup>muito do processo de Acreditação</sup>
- Auditar o processo de Acreditação em Outubro

de 2004 e Outubro de 2005

- ~~Em~~ No início de 2004 novo desporto - O Dr. Fernando Araújo comido é participante num processo de Certificação O desporto foi aceite - de Janeiro a chegada de uma empresa para dar apoio ao processo (para alicenciamento de (Biel)

- Foi preparado uma candidatura ao Programa Operacional Social XXI

- A candidatura foi aprovada e depois foi de do conhecimento ao grupo em Janeiro de 2005. Começa o processo de implementação e trabalho. Foi um ano difícil. Concluímos o processo novamente em Dezembro de 2005

- Tivemos auditoria de Conclusão em Janeiro de 2006 e, concluído o período de resposta a não-conformidades foi nos comunicados e Conclusão de Certificação pela norma ISO 9001-2000 em 9 de Março de 2006

É por tudo isto que tenho muito gosto, em nome do Grupo de Animação Petrofísica do H-S-jod em a sua história. Depois o testemunho de um processo foi e foi feito mas entusiasmante. Todos participaram activamente, de uma forma que se tornou muito grande. A todos os participantes do Grupo foram a parabenizar e fazer votos de que continuem a trabalhar esta caminhada nos processos de <sup>substituição de Qualidade em conjunto e a seguir</sup>

# Norma Portuguesa

NP  
EN ISO 9001  
2008

Sistemas de gestão da qualidade  
Requisitos  
(ISO 9001:2008)

Systèmes de management de la qualité  
Exigences  
(ISO 9001:2008)

Quality management systems  
Requirements  
(ISO 9001:2008)

ICS  
03.120.10

## DESCRIPTORIOS

Sistemas de garantia da qualidade; garantia da qualidade; qualidade; política de gestão; organização; produtos; auditoria da qualidade; planeamento; controlo de processo; conformidade; produção; verificação; registos (documentos); análise de dados; pessoal; ambiente (trabalho); terminologia; bibliografia; definições

## CORRESPONDÊNCIA

Versão portuguesa da EN ISO 9001:2008

## HOMOLOGAÇÃO

Termo de Homologação n.º 406/2008, de 11 de Novembro.  
A presente resulta da revisão da NP EN ISO 9001:2008.

## ELABORAÇÃO

CT 80 (APQ)

## 3ª EDIÇÃO

Novembro de 2008

## CÓDIGO DE PREÇO

X012

© IPQ reprodução proibida

Instituto Português da Qualidade

Rua António Gálvão, 2  
2829-513 CAPARICA PORTUGAL

Tel. +351-212 948 100 Fax +351-212 948 101  
E-mail: ipq@mail.ipq.pt Internet: www.ipq.pt

## ISO 9001:2008 – alterações à versão de 2000

Já passaram quase oito anos desde que a versão da ISO 9001 do ano 2000 foi publicada, o que criou a necessidade de uma grande mudança para muitas organizações, incluindo uma mudança de perspectiva – da antiga estrutura de 20 cláusulas para uma abordagem processual mais pragmática – e uma mudança na ênfase – de "procedimentos" para "gestão de processos" e de "registos" para "resultados documentados".

Como parte de um processo em curso que visa assegurar que todas as normas internacionais se mantêm relevantes e úteis, a ISO exige que estas sejam analisadas de cinco em cinco anos de forma a confirmar se se devem manter inalteráveis, se devem ser revistas ou eliminadas. No que respeita à ISO 9001, este processo envolveu uma consulta aos utilizadores, realizada via Internet, durante o ano de 2004. A esmagadora maioria dos comentários obtidos neste inquérito foram favoráveis à estrutura e conteúdo da norma, tendo sido efectuadas apenas pequenas sugestões de melhoria em algumas áreas. Acresce que, durante o período entre 2001 e 2004, o processo de interpretações oficial da ISO/TC 176 ficou completamente operacional e os pedidos de interpretação indicaram algumas áreas em que poderia ser benéfica a clarificação da linguagem da norma. Todas as interpretações da ISO/TC 176 estão disponíveis gratuitamente em [www.iso.org](http://www.iso.org).

Com base neste contexto, a Comissão Técnica da ISO TC 176, responsável pelas normas da família ISO 9000, tem trabalhado no desenvolvimento da última versão da norma ISO 9001, que será publicada no final de 2008 possivelmente em Novembro. Ao contrário da versão de 2000 da norma, que trouxe grandes alterações, a revisão de 2008 tem o objectivo de introduzir apenas pequenas melhorias no texto nos casos em que há uma necessidade bem identificada de maior clareza (por exemplo, em que os pedidos de interpretação tornaram evidente uma falta de compreensão por parte dos utilizadores), ou em que é possível um maior alinhamento com a ISO 14001 (para sistemas de gestão ambiental). Não houve intenção de criar novos requisitos.

## O processo de desenvolvimento da ISO 9001:2008

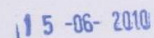
Apesar de a ISO não fazer uma distinção formal entre uma "revisão" e uma "emenda" às suas normas, decidiu-se descrever a versão de 2008 da ISO 9001 como uma "emenda" com o objectivo de informar as mais de 1 000 000 organizações certificadas de que as alterações são mínimas.

Com base nos resultados do inquérito aos utilizadores, acordou-se que o trabalho de desenvolvimento da nova versão da norma deveria adoptar uma abordagem do tipo "impacte versus benefício" para analisar individualmente cada uma das possíveis propostas de alterações à ISO 9001. O objectivo foi o de limitar as alterações aos casos em que havia benefícios elevados para os utilizadores e em que o impacte potencial era relativamente reduzido.

o "Elevado benefício" significa que a alteração:

- elimina a ambiguidade dos requisitos;
- aumenta a clareza do texto;





2730-120 Queluz de Baixo

11 JUN 10 16573


Exmos. Senhores,

Agradecendo desde já a V/ melhor atenção para o exposto.

Com os melhores cumprimentos,

Porto e Hospital de S. João, 09 de Junho de 2010.

O DIRECTOR DO SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO

  
(Dr. Rui Rocha)





NÚMERO 2006/CEP.2668

*Number*

**APCER – Associação Portuguesa de Certificação** certifica que o Sistema de Gestão da Qualidade do  
*APCER – Associação Portuguesa de Certificação certifies that the Quality Management System of*

### **CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO, E.P.E. – SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

Alameda Professor Hernâni Monteiro  
4202-451 PORTO  
PORTUGAL

implementado na realização dos seguintes exames anátomo-patológicos e actividades para fins de diagnóstico, investigação clínico-patológica e formação pós-graduada: autópsias, exames histológicos, exames citológicos, biopsias aspirativas, exames extemporâneos, métodos complementares (histoquímica, imunocitoquímica, microscopia electrónica, técnicas de patologia molecular), processamento em condições de bio-segurança de amostras de alto risco de contagiosidade (ex. doenças priónicas) e processamento/arquivo de amostras para o Banco de Tecidos e Tumores, cumpre os requisitos da norma  
*implemented in the ability to perform the following pathological examinations and activities for diagnosis, clinico-pathological research and advanced training: autopsies, histology, cytology, fine needle aspiration biopsies, intraoperative examinations, ancillary techniques (histochemistry, immunohistochemistry, electron microscopy, molecular pathology), processing of high infectious risk samples under bio-safety conditions (e.g. prion-associated diseases), and collection/archiving of samples for the Tumour Tissue Bank, meets the requirements of the standard*

### **NP EN ISO 9001:2008**


**Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos**  
*Quality Management Systems – Requirements*

Data de emissão 2012-03-09

*Date of issue*

Válido até 2015-03-08

*Valid until*

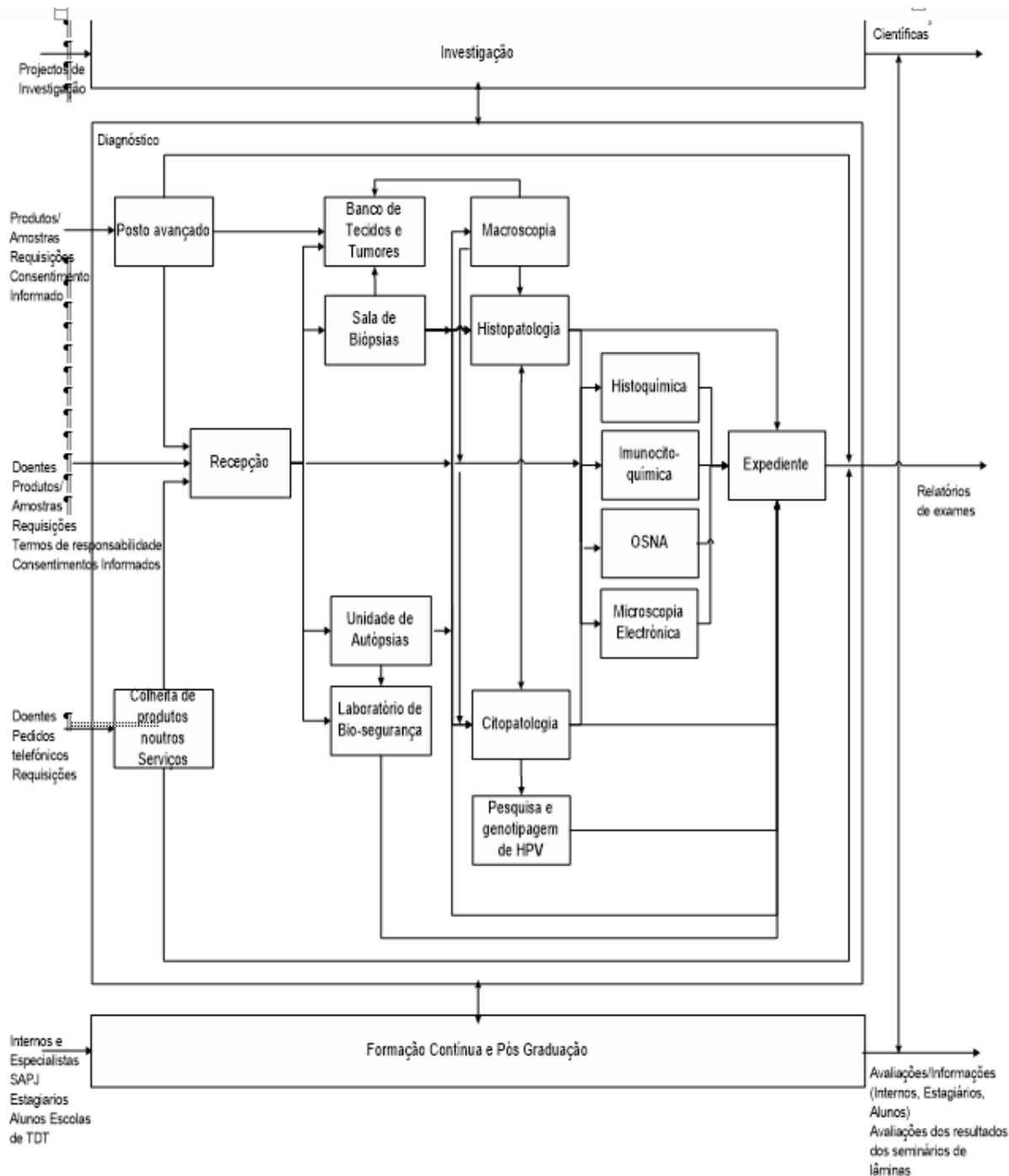


**José Leitão**  
CEO

Qualquer esclarecimento adicional sobre este certificado pode obter-se consultando a APCER

*Any additional clarification concerning this certificate may be obtained by consulting APCER*

## Amostras



## Relatórios

# Controlo de Qualidade



**Sociedad Española de Anatomía Patológica** División Española de la Academia Internacional de Patología

[Congreso Bienal](#) [Reuniones](#) [Formación](#) [Calidad](#) [Publicaciones](#) [Pacientes](#)

[Volver](#) [Inicio](#) [Añadir Favoritos](#) [Imprimir](#) [Buscar](#) [Noticias](#)

### Panel de Usuario Inscrito

[» Atras <<](#) [» Desconectar <<](#)

---

#### Caso Clínico

Nº: 1 Estado: Cerrada

Nombre: Caso 1

Ronda: 1

Periodo Ronda: 02/02/2010 - 09/10/2010

Módulo: Citopatología (CP)

---

#### Autor

Nombre: Domingo de Agustín Vázquez

E-mail: ddeagustinv@telefonica.net

---

#### Descripción

Mujer, 75 años. Sin antecedentes de interés. Mama: nódulo de aparición brusca en cuadrante infero-interno de mama izquierda. PAAF con tinción de Papanicolaou.

---

#### Estadísticas

Distribución de respuestas:

Respuesta	Porcentaje
A-0%	0%
B-0%	0%
C-20,5882352941176%	20,5882352941176%
D-79,4117647058823%	79,4117647058823%

% de acierto: 79,4117647058823%

% de fallo: 20,5882352941176%

---

#### Preparaciones Virtuales

Preparaciones Virtuales

Histología e Citología  
(SEAP)

Segunda opinião

Imunocitoquímica  
(UK NEQAS; NordiQC);  
Patología Molecular  
(European EQA scheme of KRAS - ESP);



APESP - 241

AUGUST 19 - 20 / 2011 – Meeting # A241 EPM – BOTUCATU

**Final Diagnoses**

1. **CASE GETÚLIO VARGAS/HBH**  
B6664/11 – Woman, 55 y/o. An intra-ocular mass.  
**Medulloepithelioma of the retina.**
2. **CASE UNICAMP**  
B3420/11 – Woman, 35 y/o. A 8.0 x 7.0 x 3.5 cm mass in the left breast.  
**Gastric adenocarcinoma metastatic to the breast (Borrmann IV).**  
(IHC: AE1-AE3, E-Caderina, CD10, CK7, CDX-2 positive; Hormone receptors, Breast 2, Cerb-2 negative).
3. **CASE DRUT**
  - 15 year-old girl with history of 3 years under treatment for acute myeloid leukaemia. She received marrow transplant and developed several episodes of Graft vs Host disease. The patient developed progressive respiratory failure along the 4 months before death. Imaging studies revealed bronchiectasis and interstitial fibrosis. The samples come from the lungs at autopsy.
  - **Persistent interstitial emphysema.**

the arkadi m. rywlin international pathology  
slide seminar

**AMR SEMINAR #60**

Arkadi M. Rywlin  
**AMR**  
International  
Pathology Slide  
Seminar

# Clubes de Patologia



September 2011 Cases

**FINAL DIAGNOSES AND COMMENTS**

Case 1. 54 year old woman with two small colonic polyps 0.7 cm and 0.4 cm in diameter.  
Diagnoses submitted: Langerhans histiocytosis 8 x, parasitic infection 1.

Some of you mentioned other entities that need to be included in the differential diagnosis such as Churg-Strauss syndrome, eosinophilic abscess, parasitic infection. There were also mucosal changes consistent with a hyperplastic polyp.

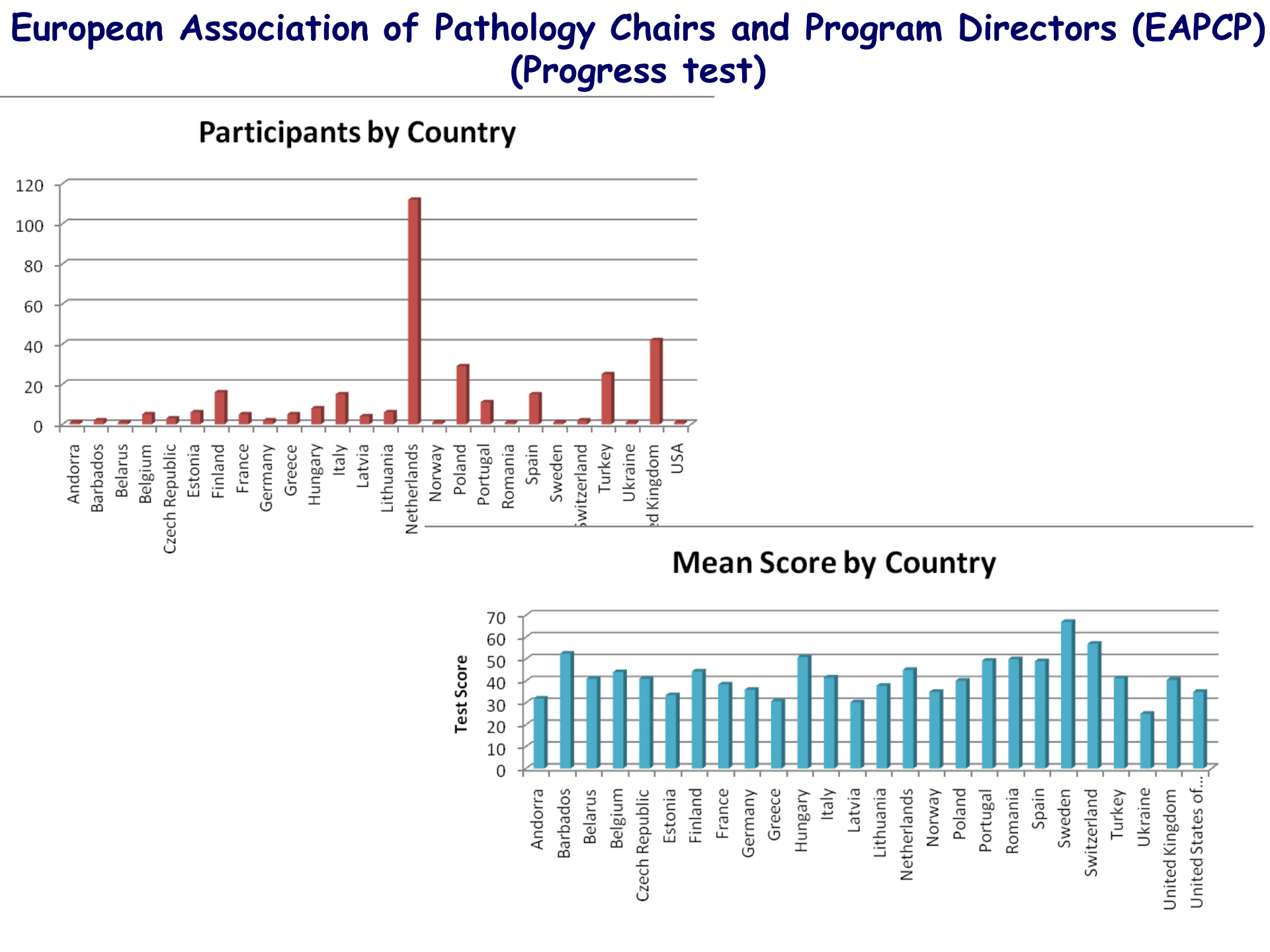
Our diagnosis: Intestine- Langerhans histiocytosis

Comment: the patient had Langerhans histiocytosis involving the iliac bone which was removed a few years ago.

A good recent article on this topic was published by Singhi A, et al. in AJSP 2011; 35:305. Here is the copy of the last paragraph of the Abstract of that article:

*On the basis of this study, GI tract LCH lesions present in both children and adults with a female predominance. Consistent with earlier reports, pediatric cases are associated with systemic disease and poor prognosis. However, in adults, LCH is typically encountered as an incidental, solitary polyp. Rare cases of systemic disease may occur and, therefore, close follow-up may be warranted.*

We interpreted our findings as recurrence of the systemic disease and are following up the patient.



## Avaliação Externa da Qualidade

### Anatomia Patológica

#### INSA PNAEQ

### Apresentação do PNAEQ

O Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (PNAEQ) está inserido no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), inserido no Departamento de Epidemiologia, a quem compete por legislação promover, organizar e coordenar programas de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial.

O PNAEQ conta com a colaboração de peritos nacionais e internacionais para avaliação de resultados e emissão de pareceres técnicos, e também, para a organização de estudos piloto e seleção de amostras, incluindo casos de estudo com história clínica de interesse. Os ensaios de Anatomia Patológica disponibilizados inserem-se no consórcio estabelecido entre o INSA PNAEQ e a entidade Finlandesa Labquality por ser uma organização independente e imparcial com uma equipa de peritos de reconhecida competência.

#### Labquality Oy

### PNAEQ Labquality

A Labquality Oy tem sido parceiro de longa data deste Instituto na implementação e disponibilização de programas AEQ. A Labquality Oy (fundada em 1971) é uma organização independente e imparcial que pertence à Finnish Society of Clinical Chemistry, Association of Finnish Local and Regional Authorities, bem como a 19 hospitais distritais locais e merece toda a confiança do INSA I.P. Conta com cerca de 100 peritos que estão envolvidos na organização dos programas de AEQ.

#### Programas disponíveis

### PNAEQ Anatomia Patológica

Disponíveis 4 programas de AEQ de Anatomia Patológica. Os parâmetros variam a cada ano.

#### *Citologia Clínica\**

1. Citologia ginecológica - Imagens virtuais e digitais de esfregaços corados Papanicolaou com histórias clínicas. O ensaio avalia o diagnóstico de atipias celulares em amostras citológicas cervico-vaginais
2. Citologia não ginecológica – Imagens virtuais e digitais de lâminas coradas papanicolaou de esfregaços não ginecológicos ou biópsia. As imagens serão retiradas de áreas representativas

#### *Histopatologia\**

1. Patologia gastrointestinal
2. Histopatologia ginecológica

#### *Técnica de coloração\**

1. Ferro e Elastina
2. He, AB-PAS

#### *Imunohistoquímica\**

1. CKPN, SMA, CK7, CK20, AMACR
2. CD20, CD3, CD5, CD10, CD30 (Linfoma)
3. ER, PR, Ki-67, HER2, ECAD (Cancro da mama)



## LABQUALITY

Laboratory specific scores  
2/2014 Histopathology technology

Lab.No: 09215

### SCORES WITHIN ROUND

#### Own results

Sample Assay

Score/Max(Graded)

Diff%

#### All laboratories

$\bar{x}$

SD

CV%

No. of res.

No.of labs

Max(Graded)

001	Histopathology, GEMSA	4 / 5 (5)	-20.0 / -20.0	3.8	0.9	24.4	60
002	Histopathology, LEDER	4 / 5 (5)	-20.0 / -20.0	4.7	0.7	15.2	21
003	Histopathology, RETICULIN	4 / 5 (5)	-20.0 / -20.0	3.3	1.1	34.9	52

#### All output groups

12.0 2.8 23.2 68

### CUMULATIVE SCORES

#### Own results

Round

Score/Max(Graded) Diff%

#### All laboratories

$\bar{x}$

SD

CV%

No.of labs

Max(Graded)

2/2014	12 / 15 ( 15 )	-20.0 ( -20.0 )	12.0	2.8	23.2	68
1/2014	- / 15 ( 15 )	.	10.7	2.9	27.2	50
2/2013	- / 10 ( 10 )	.	7.2	2.0	28.2	53
1/2013	- / 10 ( 10 )	.	7.4	2.2	30.0	46
2/2012	- / 10 ( 10 )	.	7.2	2.1	29.4	48
1/2012	- / 15 ( 15 )	.	12.7	1.7	13.5	51
2/2011	- / 10 ( 10 )	.	6.9	2.5	35.7	45
1/2011	- / 15 ( 15 )	.	12.9	2.0	15.4	48
2/2010	- / 10 ( 10 )	.	8.4	1.8	22.0	37

Technology 2, 2014  
Results

Lab	Points	Comments
	3	Red colour is insufficient impairing contrast
	4	Red colour is weak
	4	Staining a bit faint
	EI	
	5	Excellent
	2	Red colour is missing totally, poor contrast, not di
	2	Section is too blue, details cannot be distinguish
	5	Excellent
	5	Excellent, no protocol information
	4	Contrast is not optimal
	5	Excellent
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	3	Red colour is insufficient impairing contrast
	4	Contrast is not optimal
	3	Red colour is insufficient impairing contrast
	NO	
	NO	
	5	Excellent
	NO	
	4	Impurities on slide
	5	Excellent
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	3	Overstaining of blue, hardly any red
	4	Staining a bit faint
	4	Impurities on slide
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	4	Slightly uneven staining
	5	Excellent
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	3	Overstaining of blue, hardly any red
	3	Overstaining of blue, hardly any red
	5	Excellent
	4	Hardly any red, slight overstaining by blue
	4	Slight overstaining by blue, no protocol informatio
	4	Nuclear morphology is poor in some nuclei
	4	Staining a bit faint
	4	Nuclear morphology not sharp in some nuclei, own
	5	Excellent
	NO	
	NO	
	3	Overstaining of blue, hardly any red
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	NO	
	2	Morphology poor, not diagnostic
	2	Morphology poor, red colour is missing, not diagn
	3	Red colour is missing, nuclear morphology is not
	3	Overstaining of blue, hardly any red, no protocol i
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	4	Hardly any red colour, otherwise OK
	4	Red is a bit faint, slightly uneven staining
	4	Impurities on slide

Technology 2, 2014  
Results

09215

1(2)

Lab	Points	Comment
	5	Excellent
	NO	
	NO	
	5	Excellent
	5	Excellent
	NO	
	4	Red colour is a bit faint
	5	Excellent
	NO	
	5	Excellent
	5	Excellent
	NO	
	5	Excellent
	5	Excellent
	NO	
	5	Own slide also 5
	NO	
	5	Excellent
	NO	
	5	Excellent
	5	Excellent
	NO	
	5	Excellent
	5	No protocol information
	4	Slightly pale
	5	Excellent
	NO	
	2	No red colour, no contrast, not diagnostic
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	5	Excellent
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	NO	
	4	Air under the coverslip, disturbing, otherwise OK

# Citologia Clínica

## RESULTS

The participants are asked to evaluate of each slide the following facts: a) Papanicolaou class 1 (normal), 2 (benign atypia), 3 (suspect), 4 (clearly suspect) or 5 (malignant), and b) specific diagnosis. Also free-form comments can be given. Response is given in internet.

Although in every day work you must often give several different diagnoses or interpretations, only one diagnosis of each case is wished. This will make final analysis easier.

### **Papanicolaou class:**

0 (not representative), 1 (normal), 2 (benign atypia), 3 (suspect), 4 (clearly suspect) or 5 (malignant).

### **Specific diagnosis:**

Normal finding  
Nonspecific inflammation  
Granulomatous inflammation  
Fungal infection  
Benign hyperplasia or metaplasia  
Cyst  
Other benign change, specify in comments  
Benign neoplasm, specify in comments  
Premalignant change or in situ malignancy  
Lymphatic or hematopoietic malignancy

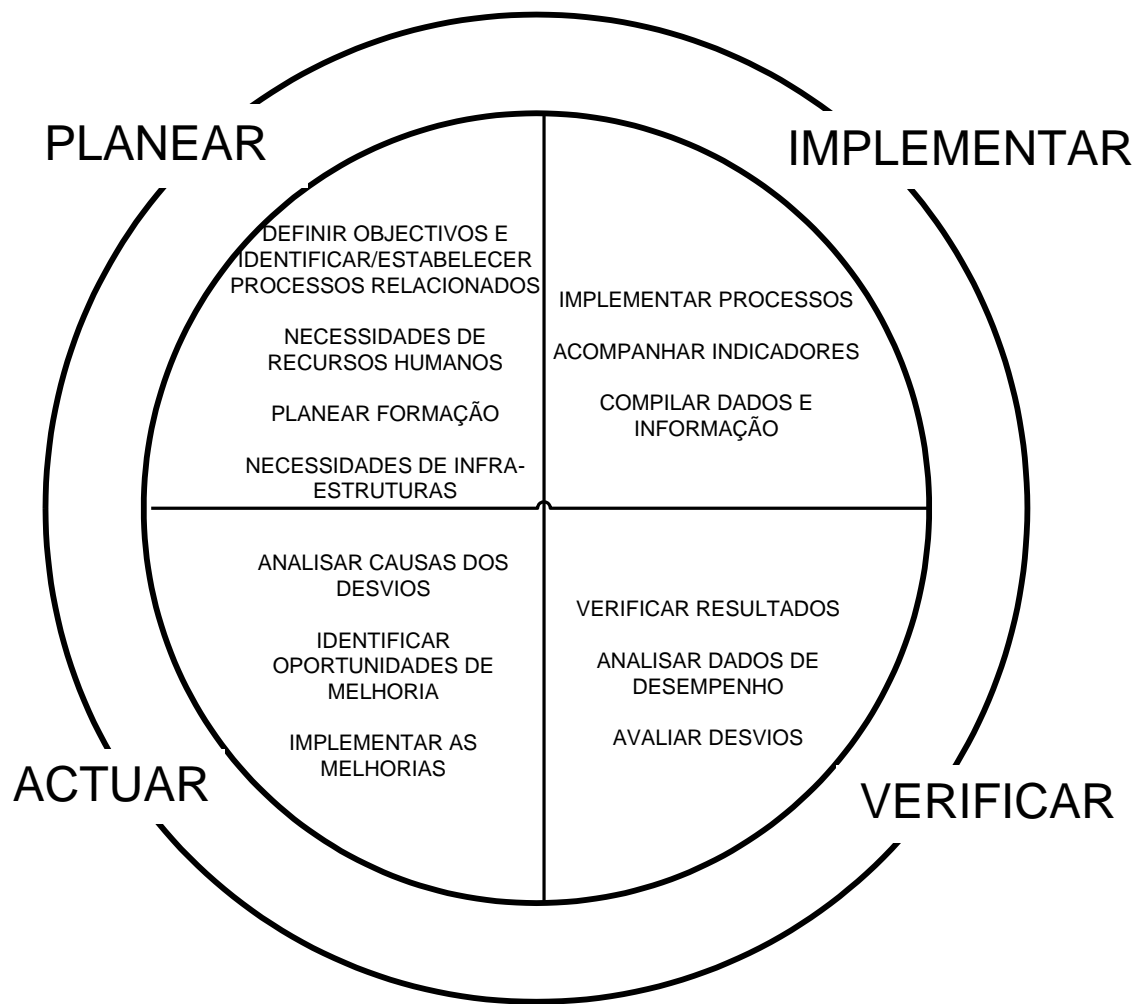
As classificações aprovadas internacionalmente são as de Bethesda para a tireoide e citologia ginecológica

Other poorly differentiated carcinoma  
Malignant mesothelioma  
Sarcoma  
Other malignant neoplasm, specify in comments  
Unclear change  
Specimen not representative

## REPORT

The final report will contain numerical summary and histograms as well as follow up and some expert comments of each case. The participants should response as soon as possible because delay will defer analysis of the results and final report. It is important that each participant take a copy of each filled result form so that it is possible to compare own interpretation to that of the others. If you give 3-digit numbers to each participant from your laboratory, you also will get own reports to all of them.







**Obrigada pela  
atenção**