

 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para uso Autólogo</p>	
		<p>CCD: 333</p>

Nome do paciente: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Diagnóstico: _____

Dados relevantes da triagem clínica: _____

Nome da mãe: _____

Fonte pagadora: SUS Particular/Convênio

Centro transplantador: _____

Coleta por Aférese/Data prevista: ____/____/____ a ____/____/____

Dose de células CD34+ desejada: _____ x10⁶/Kg, respeitando o máximo _____ de x10⁶/Kg

para uso em um; dois; três; _____ transplantes.

Mobilização: 1º ciclo; 2º ciclo; _____ ciclo

1. G-CSF (filgrastima): _____ ampolas 8/8h 12/12h 24/24h

Data de início: ____/____/____

2. Plerixafor (possibilidade de uso): não sim Horário provável: ____:____

3. Quimioterapia: Não Sim Qual: _____

Início: ____/____/____ Término: ____/____/____

Tratamentos prévios:

Quimioterapia: Não Sim Qual: _____

Radioterapia: Não Sim Local: _____

Resultados de exames laboratoriais:

Teste laboratorial	Resultado	Data da realização
Tipagem ABO e RhD		
Pesquisa de anticorpos irregulares		
Teste de gravidez (se aplicável)		
Pesquisa de anti-HIV I e II		
Pesquisa de anti-HTLV I e II		
Pesquisa de anti-HCV		
Pesquisa de anti-HBc		
Pesquisa de HBsAg		
Sorologia para doença de Chagas		
Sorologia para Sífilis		
Sorologia para CMV (IgM)		
Sorologia para CMV (Ac.totais ou IgG+IgM)		

	Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para uso Autólogo	 CCD: 333
--	--	--

Nome do paciente: _____

Termo de Responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico (CPH-SP) para fins de transplante autólogo no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se qualificado ou não qualificado para a doação/coleta de CPH, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Para as coletas **não** realizadas pela Fundação Hemominas:
 - a) assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e enviar o formulário “Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese” com a bolsa a ser processada.
 - b) caso os testes de triagem para doenças infecciosas tenham sido realizados por laboratório não certificado ou as amostras para a sua realização tenham sido obtidas há mais de 30 (trinta) dias da coleta da CPH-SP, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, o produto será rotulado com a declaração **”Não avaliado para doenças infecciosas”**.
3. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade, com o objetivo de verificar a sua aptidão para uso clínico e aguardar o resultado desta avaliação para iniciar o condicionamento do paciente para o transplante.
4. Declaro que o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a realização do mesmo nas seguintes situações:
 - a) das unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação e que, após avaliação conjunta realizada pelas equipes responsáveis pelo transplante e pelo processamento e considerada a relação risco-benefício da sua utilização clínica foi optado pelo descarte;
 - b) das unidades coletadas de pacientes com leucemia mieloide aguda que apresentaram, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
 - c) das unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante;
 - d) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
5. Comprometo-me a enviar relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, em intervalos regulares, justificando tecnicamente a necessidade de manutenção do armazenamento das unidades criopreservadas há mais de um (pacientes ainda não transplantados) ou dois anos (pacientes já transplantados com possibilidade de realização de segundo transplante).

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Carimbo: _____