



**Solicitação de Descongelamento e Lavagem  
de Células-Progenitoras Hematopoéticas  
Criopreservadas**



CCD: 333

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:  Masculino  Feminino Tipo sanguíneo (ABO/RhD): \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:  Masculino  Feminino Tipo sanguíneo (ABO/RhD): \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Centro transplantador: \_\_\_\_\_

Fonte Pagadora:  SUS  Particular/Convênio

**Data do transplante:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local de entrega do produto: \_\_\_\_\_

**Indicação da lavagem:**

- Paciente evoluindo com insuficiência renal
- Paciente evoluindo com insuficiência hepática
- Dose de dimetilsulfóxido (DMSO) > 1,0 g/kg de peso do receptor.
- Volume de hemácias congeladas superior a 0,5 mL/kg
- Volume do produto criopreservado superior a 15 mL/kg do receptor
- \_\_\_\_\_

Estou ciente que o procedimento será realizado com **produto com a seguinte condição especial** (necessidade médica urgente):

- Não se aplica
- Teste(s) realizados em laboratório não certificado ou amostra obtida há mais de 30 dias da coleta da CPH.
- Teste microbiológico em andamento:
- Teste(s) alterado(s):
  - microbiológico
  - triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue
  - \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de descongelamento e lavagem desta unidade de células progenitoras hematopoéticas  da Medula Óssea  do Sangue Periférico Mobilizado  do Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para fins de transplante exclusivamente no paciente acima, para o qual:

1. Aceito os resultados dos testes de qualificação do produto previamente realizados e encaminhados pela equipe do Cetebio.
2. Declaro que, nos casos dos produtos que estou solicitando liberação como “necessidade médica urgente”, estou ciente de todas as outras opções de tratamento; discuti profundamente com o paciente ou com os seus responsáveis legais sobre os benefícios e os riscos do uso deste produto em particular e de outro produto (se disponível) e, após avaliação de todos os riscos e benefícios da utilização deste produto considerado inelegível ou com elegibilidade incompleta, estou optando por sua utilização terapêutica devido à necessidade médica urgente.
3. Declaro que o paciente acima, ou o seu representante legal, foi esclarecido sobre o procedimento, compreendeu seus riscos e benefícios, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas e autorizou a realização do mesmo por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido para a realização do transplante e, quando pertinente, para o uso clínico de produto liberado devido à necessidade médica urgente. Comprometo-me a enviar cópia para o Cetebio do(s) referido(s) termo(s), antes da liberação do produto para transplante.
4. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade descongelamento e lavagem do produto no dia da infusão e que neste procedimento pode haver perda significativa de células. Nestes casos, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definição quanto a melhor estratégia a ser utilizada.
5. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do transplante.
6. Estou ciente de que a entrega do produto ocorrerá no dia do transplante, usualmente após as 13h e que o produto deve ser infundido o mais rapidamente possível, sob perda constante e progressiva do número de células viáveis.
7. Comprometo-me em preencher e enviar os formulários fornecidos pelo Cetebio, referentes à realização do procedimento e ao acompanhamento pós-transplante ou documento oficial do centro transplantador, contendo, no mínimo, todas as informações solicitadas nos formulários pertinentes, em até 05 dias e 30 dias após a infusão do produto, respectivamente.

### **RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_