

Identificação do paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Peso: ____ Kg

Diagnóstico: _____

Produto infundido:

<input type="checkbox"/> CPH, AFERESE criopreservado	<input type="checkbox"/> S1721 Citrato/XX/<=-150C 6% HES + 5% DMSO Componente 3a parte: sim Criopreservado Mobilizado Plasma reduzido <input type="checkbox"/> S1444 Citrato/XX/<=-150C 10% DMSO Componente 3a parte: sim Criopreservado Mobilizado Plasma reduzido
<input type="checkbox"/> CPH, AFERESE a fresco	<input type="checkbox"/> S1128 Citrato/XX/refg Mobilizado <input type="checkbox"/> S1307 Citrato +Heparina/XX/refg Mobilizado
<input type="checkbox"/> CPH, MEDULA a fresco	<input type="checkbox"/> S1180 Citrato+Heparina/XX/refg
<input type="checkbox"/> CPH, MEDULA (após deseritrocitação)	<input type="checkbox"/> S3551 Citrato /XX/refg Outros aditivos: Sim Camada Leucocitária Concentrada
<input type="checkbox"/> CPH, MEDULA (após desplasmatização)	<input type="checkbox"/> S3552 Citrato /XX/refg Outros aditivos: Sim Plasma reduzido
<input type="checkbox"/> CPH, MEDULA (criopreservado)	<input type="checkbox"/> S1726 Citrato+Heparina /XX/<=-150C 6% HES + 5% DMSO Comp 3ª Parte: Sim Criopreservado Camada Leucocitária Concentrada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código da alíquota: 01 de ____ 02 de ____ 03 de ____ 04 de ____ _____

Dados do transplante

Modalidade: autólogo alogênico: aparentado não aparentado

Condicionamento: Mieloablativo Não mieloablativo

Mel 200 BEAM BEAC BuCy BuMel BuFlu

FluBu _____

Identificação da unidade: _____

Dados do descongelamento (se pertinente):

Método: Banho maria a 37° C _____

Intercorrências: não sim: _____

Procedimento complementar: não sim: _____

Dados da infusão: Data: ___/___/___

Horário início: _____:_____ e término: _____:_____

Dose células CD34+ infundidas (x 10⁶ células/kg de peso): _____

Foi coletada amostra para teste microbiológico? não sim

Sinais vitais:

	Pré			Pós
Frequência cardíaca				
Pressão arterial				
Temperatura				
Frequência respiratória				
Saturação O ₂				

Reações adversas: Infusão sem intercorrências dignas de nota;

- Rubor facial; Náusea Vômito Diarreia Encefalopatia.
 Cólica abdominal Cefaleia; Dispneia Hemoglobinúria Arritmia cardíaca
 Tremores Calafrios Febre Hipotensão ou Hipertensão arterial

Observações: _____

Centro transplantador: _____

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico responsável pelo procedimento:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Recebido no Cetebio por: _____ em: ___/___/___