

À equipe médica do _____

Eu, Dr(a) _____,

CRM MG _____, autorizo descarte da unidade de:

CPH-SP [sangue periférico mobilizado obtido por aférese]

CPH-MO [medula óssea coletada por punção aspirativa]

CPH-SCUP [sangue de cordão umbilical e placentário]

Concentrado de Linfócitos

Coletada em: ____/____/____ e identificada com o código _____

para uso autólogo em: _____

nascido em ____/____/____, registro hospitalar _____ ou para uso

alogênico em: _____

nascido em ____/____/____, registro hospitalar _____. Informo que o

receptor é portador de _____ e as

células a fresco ou criopreservadas em _____ bolsa(s), não tem mais indicação de serem

mantidas armazenadas pelo motivo:

celularidade inadequada

viabilidade celular inadequada

teste triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue alterado para:

 teste microbiológico positivo para: _____

perda, dano ou inadequação para uso devido a: _____

 incompatibilidade HLA com o receptor

óbito do receptor em ____/____/____

exclusão do receptor do programa de transplante devido a _____

 outro motivo (descrever): _____

Atenciosamente,

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico do Centro Transplantador:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data do preenchimento: ____/____/____

