FUNDAÇÃO HEMOMINAS	**Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para uso Autólogo**	SUS CCD: 333

Nome do paciente: _____

CPF: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Peso: _____ Kg

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

Diagnóstico: _____

Dados relevantes da triagem clínica: ☐ nada digno de nota ou ☐ _____

_____

Nome da mãe: _____

Fonte pagadora: ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

Centro transplantador: _____

Data da coleta: ____/____/____

Dose de células CD 34+desejada: _____ x10^6/Kg, respeitando o máximo de _____ x10^6/Kg - ou

Dose de células nucleadas desejada: _____ x10^8/Kg, respeitando o máximo de _____ x10^8/Kg

Mobilização: ☐ Não ☐ SIM

1. G-CSF (filgrastima): ____ ampolas ☐ 8/8h ☐ 12/12h ☐ 24/24h Início em: ____/____/____

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)		

Rua Goiabeiras, nº 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa, MG

FUNDAÇÃO HEMOMINAS	**Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para uso Autólogo**	SUS CCD: 333

Nome do paciente: _____

Termo de Responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea (CPH-MO) 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. Assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher o formulário “Relatório de coleta de Medula Óssea” e encaminhá-lo junto com a bolsa a ser processada.
3. Estou ciente que, 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-MO, 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**”.
4. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade de deseritrocitação e desplasmatização da CPH-MO durante o preparo para a criopreservação, que pode ser necessária a lavagem do produto no dia da infusão e que nestes procedimentos pode haver perda significativa de células. Neste caso, 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 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.
6. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre os procedimentos de deseritrocitação, desplasmatização, criopreservação, descongelamento e lavagem, que estão cientes sobre a possibilidade de **descart**e das células e que autorizaram a realização do mesmo nas seguintes situações:
   a) 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) unidades coletadas de pacientes que apresentarem, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
   c) unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante;
   d) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
7. Comprometo-me a enviar a cada 2 anos, relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, 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:

Rua Goiabeiras, nº 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa, MG