



## Solicitação de Deseritrocitação e/ou Desplasmatização



CCD: 333

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_  
Registro REDOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg  
Titulação de anti-A ou anti-B (se transplante ABO incompatível): \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dados relevantes da triagem clínica: \_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_  
Registro REDOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg  
Titulação de anti-A ou anti-B (se transplante ABO incompatível): \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Compatibilidade HLA:  6 x 6  10 x 10  haploidêntico  
 \_\_\_ x \_\_\_ com incompatibilidade (*mismatch*) em: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Centro transplantador: \_\_\_\_\_

**Fonte do produto:**  CPH-MO  CPH-SP **Fonte pagadora:**  SUS  Particular/Convênio

**Procedimento(s) solicitado(s):**  deseritrocitação e desplasmatização  
 somente deseritrocitação  somente desplasmatização

**Data da coleta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Data e horário em que o produto será entregue ao Cetebio:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

**Dose células nucleadas desejada:** \_\_\_\_\_ x 10<sup>8</sup>/kg, respeitando o máximo \_\_\_\_\_ de x10<sup>8</sup>/Kg  
ou **dose células CD34+ desejada:** \_\_\_\_\_ x 10<sup>6</sup>/kg, respeitando o máximo \_\_\_\_\_ de x10<sup>6</sup>/Kg

**Resultados de exames laboratoriais:\***

Teste laboratorial	Doador		Receptor	
	Resultado	Data da realização	Resultado	Data da realização
Tipagem ABO e RhD				
Pesquisa de anticorpos irregulares				
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)				

\* os testes laboratoriais devem ser realizados em laboratório certificado para realizar tais exames em humanos. As amostras para realização dos testes devem ser obtidas em até 30 dias antes da coleta do produto.

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

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de  deseritrocitação e desplasmatização ou  apenas desplasmatização desta unidade de Células Progenitoras Hematopoéticas (CPH) para fins de transplante no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se 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 Medula Óssea”, ou “Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese”, ou relatório similar nas coletas intermediadas pelo REDOME, e 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 dias da coleta do concentrado de linfócitos, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, a liberação do produto será efetuada na modalidade “elegibilidade incompleta.”
3. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de deseritrocitação e desplasmatização e que estão cientes de que não há garantia absoluta de que o procedimento seja eficaz, a depender de características intrínsecas do produto. Nestes casos, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definir a melhor estratégia de recuperação do produto. Estou ciente de que o concentrado de CPH deve ser infundido o mais rapidamente possível, após o processamento.
4. Comprometo-me a notificar o Cetebio se o paciente apresentar alguma reação transfusional relacionado com a infusão do produto, a 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: \_\_\_\_\_