



Solicitação de Deseritrocitação e/ou Desplasmatização



CCD: 333

Nome do doador: _____
Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____
CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos
Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg
Titulação de anti-A ou anti-B (se transplante ABO incompatível): _____ em ___/___/___
Dados relevantes da triagem clínica: _____

Nome do receptor: _____
Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____
CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos
Sexo: Masculino Feminino 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 10⁸/kg, respeitando o máximo _____ de x10⁸/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, apenas deseritrocitação 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 ou não 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: _____