

Obs: Favor preencher os campos pertinentes e dar um traço nos não pertinentes

Nome do doador: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Código REDOME ou matrícula: _____

Peso do doador aferido pelo setor de aférese no momento da coleta: _____ Kg

Nome do receptor: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Código REDOME ou matrícula: _____

Centro Transplantador: _____

Dados da coleta: Data: ___/___/___ Horário: início: ____:____ término: ____:____

Produto coletado: CPH-SP; CMN,aférese

Código de identificação da doação: _____

Nome e endereço da instituição responsável pela coleta:

Serviço de aférese – HBH Alameda Ezequiel Dias 321, Belo Horizonte, MG

Equipamento/insumo utilizado:

SpectraOptia Software versão ___ - Protocolo CMNC

Proporção "Inlet"/ACD-A = 1: _____

Dados do procedimento:

Dados do equipamento (MÁQUINA):	Valor
VST processado (volemias processadas)	
AC (anticoagulante) na bolsa de plasma	
AC (anticoagulante) na bolsa de coleta	
Plasma na bolsa de coleta	
Bolsa de plasma	
Bolsa de coleta (volume em mL)	
Sangue total processado (mL)	

Anticoagulante utilizado: ACD-A ACD-A + heparina _____

Quantidade de anticoagulante adicionado ao produto: _____ mL

Quantidade total de anticoagulante na bolsa de coleta produto: _____ mL



Relatório Coleta de Células Mononucleares por Aférese



CCD: 333

Houve intercorrência na coleta com necessidade de alteração do procedimento padrão? Não Sim: _____

O paciente/doador apresentou efeito adverso? Não Sim: _____

Comentários adicionais: _____

Responsável pela coleta: _____
(assinatura, nome completo legível e registro conselho)

Responsável pelo preenchimento: _____
(assinatura, nome completo legível, registro conselho e assinatura)

Preenchimento pelo médico responsável pelo procedimento de coleta por aférese:

Foi identificada alguma anormalidade na triagem clínica ou sorológica que acarreta na identificação do produto com rótulo de risco biológico? Não Sim:

Responsável: _____
(assinatura, nome completo legível e registro conselho)