

Procedência: _____

Setor: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **e-mail:** _____

Tipo de produto, quantidade e volume:

Bolsa(s) contendo células progenitoras hematopoéticas: ____ U ____ mL

do sangue periférico coletadas por aférese (CPH-SP)

da medula óssea (CPH-MO)

do sangue de cordão umbilical e placentário (CPH-SCUP)

Bolsa(s) contendo concentrado de linfócitos: ____ U ____ mL

Bolsa(s) contendo PLASMA CONCORRENTE ____ U ____ mL

Amostras SP mobilizado para qualificação do doador

Total tubos: ____ U Volume total: ____ mL

Volume total de produto biológico: _____ mL

Código de identificação (Formato ISBT 128 ou nome completo) do produto:

Preparo da caixa: data e horário ____/____/____ ____:____

Dimensão da caixa: 15L 05L _____

Número da caixa: _____ **Gelo reciclável:** peso _____g

Monitor de temperatura: presente ausente **Número:** _____

Tipo: data-logger termômetro digital

Temperatura de saída: _____ °C (Valor de referência: 2 a 24° C)

Responsável: _____

Número do registro no conselho de classe: _____



Transporte de Produtos Biológicos



CCD: 333

Destino: _____

Setor: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **e-mail:** _____

Entrega da caixa para o responsável pelo transporte:

Data e horário ___/___/___ ___:___

Meio de transporte: terrestre aéreo

Transporte: interno empresa terceirizada: _____

Responsável pelo transporte: _____

Recebimento:

Data e horário do recebimento: ___/___/___ ___:___ **Temperatura:** _____°C

Responsável pelo recebimento: _____

Número do registro no conselho de classe: _____

Observações: _____

