

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Sexo:  Masculino  Feminino DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Centro transplantador: \_\_\_\_\_

**Em caso de transplante alogênico:**

Identificação do doador: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Produto solicitado:  medula óssea (CPH-MO);

sangue periférico mobilizado (CPH-SP);

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

Dose de células CD34+: \_\_\_\_\_ x 10<sup>6</sup> células CD34+/Kg de peso corporal (informado no momento da criopreservação).

Data do transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da entrega do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da retirada do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de entrega e retirada do contêiner de transporte a seco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Considerando a relação risco-benefício do procedimento, solicito a liberação das unidades em condições especiais (necessidade médica urgente), devido a:

Não se aplica.

Em caso de transplante alogênico, teste(s) realizados em laboratório não certificado ou amostra obtida há mais de 30 (trinta) dias da coleta da CPH.

Teste(s) em andamento:

microbiológico

\_\_\_\_\_

Teste(s) alterado(s):

microbiológico

triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Requisição de Concentrado de Células-  
Progenitoras Hematopoéticas Criopreservado  
para Transplante**



CCD: 333

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

**Termo de responsabilidade**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação desta(s) unidade(s) de CPH para fins de transplante exclusivamente no paciente acima, para o qual:

1. Aceito os resultados dos testes de qualificação do produto previamente realizados e encaminhados pela equipe do Cetebio.
2. Declaro que, nos casos dos produtos que estou solicitando liberação como “**necessidade médica urgente**”, estou ciente de todas as outras opções de tratamento; discuti profundamente com o paciente ou com os seus responsáveis legais sobre os benefícios e os riscos do uso deste produto em particular e de outro produto (se disponível) e, após avaliação de todos os riscos e benefícios da utilização deste produto considerado inelegível ou com elegibilidade incompleta, estou optando por sua utilização terapêutica devido à necessidade médica urgente.
3. Declaro que o paciente acima, ou o seu representante legal, foi esclarecido sobre o transplante, compreendeu seus riscos e benefícios, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas e autorizou a sua realização por meio da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido para a realização do transplante e, quando pertinente, para o uso clínico de produto liberado devido à necessidade médica urgente. Comprometo-me a enviar cópia para o Cetebio do(s) referido(s) termo(s), antes da liberação do produto para transplante.
4. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou adiamento do transplante.
5. Estou ciente de que a entrega do contêiner de transporte a seco ocorrerá após as 10 horas, que esta pode ser agendada para o dia útil anterior ao do transplante, desde que o período máximo de permanência das células no centro transplantador, contado entre a entrega do material biológico e a infusão no paciente, seja de 24 horas. Caso contrário, essa entrega ocorrerá no dia da realização do transplante. O horário de entrega e retirada deste contêiner será acordado por meio eletrônico. Esse parágrafo não se aplica aos transportes intermediados pelo REDOME.
6. Responsabilizo-me pelo material biológico criopreservado, pelo contêiner de transporte a seco e pelo monitor de temperatura pelo período de tempo compreendido entre a entrega e a retirada deste contêiner, no local previamente determinado e comprometo-me a preencher e enviar o formulário referente ao recebimento das células em até 24 horas e a devolver o contêiner no mesmo dia ou no dia útil seguinte à realização do transplante.
7. Comprometo-me 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_