FUNDAÇÃO HEMOMINAS	**Solicitação de Descongelamento e Lavagem de Células-Progenitoras Hematopoéticas Criopreservadas**	SUS CCD: 333

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Peso: _____ Kg

Tipo sanguíneo (ABO/RhD):_____

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Peso: _____ Kg

Tipo sanguíneo (ABO/RhD):_____

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Fonte Pagadora: ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

Data do transplante: ____/____/____

Local de entrega do produto:

_____

Indicação da lavagem:

- ☐ Paciente evoluindo com insuficiência renal
- ☐ Paciente evoluindo com insuficiência hepática
- ☐ Dose de dimetilsulfóxido (DMSO) > 1,0 g/kg de peso do receptor.
- ☐ Volume de hemácias congeladas superior a 0,5 mL/kg
- ☐ Volume do produto criopreservado superior a 15 mL/kg do receptor
- ☐ _____

Estou ciente que o procedimento será realizado com **produto com a seguinte condição especial** (necessidade médica urgente):

- ☐ Não se aplica
- ☐ Teste(s) realizados em laboratório não certificado ou amostra obtida há mais de 30 dias da coleta da CPH.
- ☐ Teste microbiológico em andamento:
- ☐ Teste(s) alterado(s):
  - ☐ microbiológico
  - ☐ triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue
  - ☐ _____
- ☐ _____

Observações:_____

_____

Rua Goiabeiras, nº 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa, MG

FMNP-T.CETEBIO.GTCE-54 VERSÃO 02– ABRIL/2024

Nome do receptor: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de descongelamento e lavagem desta unidade de células progenitoras hematopoéticas ☐ da Medula Óssea ☐ do Sangue Periférico Mobilizado ☐ do Sangue de Cordão Umbilical e Placentário 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 procedimento, compreendeu seus riscos e benefícios, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas e autorizou a realização do mesmo 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. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade descongelamento e lavagem do produto no dia da infusão e que neste procedimento pode haver perda significativa de células. Nestes casos, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definição quanto a melhor estratégia a ser utilizada.
5. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do transplante.
6. Estou ciente de que a entrega do produto ocorrerá no dia do transplante, usualmente após as 13h e que o produto deve ser infundido o mais rapidamente possível, sob perda constante e progressiva do número de células viáveis.
7. Comprometo-me em 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:

Rua Goiabeiras, nº 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa, MG