



**Solicitação de Realização de Controle de  
Qualidade em Concentrado de Células-  
Progenitoras Hematopoéticas**



CCD: 333

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Dados relevantes da triagem clínica:  nada digno de nota ou  \_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Compatibilidade HLA:  6 x 6  10 x 10  haploidêntico  
 \_\_\_ x \_\_\_ com incompatibilidade (*mismatch*) em: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

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

Fonte pagadora:  SUS  Particular/Convênio

**Local da coleta:** \_\_\_\_\_

**Fonte do produto:**  CPH-MO  CPH-SP

**Data e horário previstos para o início da coleta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

**Data e horário previstos para a entrega do produto no Cetebio:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

**Data e horário previstos para a infusão do produto:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_

**Dose de células CD34+ desejada:** \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>/Kg, respeitando o máximo \_\_\_\_\_ de x10<sup>6</sup>/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.

	<b>Solicitação de Realização de Controle de Qualidade em Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas</b>	 CCD: 333
---	---	---

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de controle de qualidade 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. 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 da CPH, 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.”
2. Assumo (coletas não realizadas pela Fundação Hemominas), total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e encaminhar o formulário “Relatório de coleta de Medula Óssea” ou “Relatório de coleta de Células Mononucleares por aférese”, ou formulário similar para as coletas intermediadas pelo REDOME, com a bolsa a ser processada.
3. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de controle de qualidade do produto, no qual serão realizados os testes estabelecidos pelas normas técnicas em vigor, em amostra representativa do produto, coletada pela equipe do Cetebio. Estou ciente de que, para isso, serão coletados aproximadamente 11 mL do produto.
4. Estou ciente que habitualmente não se realiza qualquer manipulação adicional com o produto. Entretanto, nos casos em que a dose máxima de células CD 34+/ Kg de peso do receptor por mim determinada e solicitada for ultrapassada, solicito que a equipe do Cetebio:
  - proceda com a aliquotagem do produto na dose máxima previamente determinada e com o **descarte do excedente de células coletadas**. Informo que o doador e o paciente foram devidamente orientados sobre esta possibilidade e que estão cientes e em acordo com o descarte do excedente de células coletado.
  - envie para a UTMO o total das células coletadas, sem proceder com aliquotagem do produto.
5. 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: \_\_\_\_\_