



**Avaliação clínica de doadores de células progenitoras hematopoéticas do sangue periférico e de linfócitos**



**CCD: 330**

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Declaro que \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, sexo  masculino,  feminino  \_\_\_\_\_ filho de (nome da mãe) \_\_\_\_\_, foi selecionado e qualificado sob o ponto de vista clínico e hematológico em acordo com as normas vigentes e encontra-se apto para doação/coleta de  células progenitoras hematopoéticas do sangue periférico  linfócitos para uso  autólogo  alogênico ( aparentado  não aparentado).

Unidade da Fundação Hemominas na qual a coleta será realizada:  Hemocentro de Belo Horizonte;

Hemocentro de Montes Claros;  Hemocentro de Uberlândia,  \_\_\_\_\_

Paciente/doador portador de alguma comorbidade?  não  sim (citar quais)

---

---

Paciente/doador faz uso de algum medicamento?  não  sim (citar quais).

---

---

**Observação:** o uso de anti-hipertensivos das classes Inibidores de enzima conversora de angiotensina, de ação central, betabloqueadores, ou bloqueadores alfa-adrenérgicos contraindicam a doação por aférese por pelo menos 48 horas após a última ingestão. Neste sentido, orientamos a troca destes medicamentos por outros que não interferem com a doação por aférese (Antagonistas de angiotensina II ou bloqueadores de canais de cálcio) com intervalo de tempo superior a 48 horas e suficiente para que os níveis pressóricos permitam a realização do procedimento.

Exame clínico: Estado geral: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm

AR: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

Outras informações clínicas relevantes:

---

---

Necessita trazer Termo de Responsabilidade (devido à sorologia alterada)?  não  sim

---

---

Assinatura e carimbo do médico responsável

Utilizar o verso para informações complementares, caso necessário.