
	<b>Avaliação clínica de doadores de células progenitoras hematopoéticas do sangue periférico e de linfócitos</b>	
		<b>CCD: 330</b>

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 ingesta. 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.