

À equipe médica do _____

Eu, Dr(a) _____,

CRM MG _____, autorizo descarte da unidade de:

☐ CPH-SP [sangue periférico mobilizado obtido por aférese]

☐ CPH-MO [medula óssea coletada por punção aspirativa]

☐ CPH-SCUP [sangue de cordão umbilical e placentário]

☐ Concentrado de Linfócitos

Coletada em: ____/____/____ e identificada com o código _____ para

uso ☐ **autólogo** em (nome completo): _____

nascido em ____/____/____, registro hospitalar _____ ou para uso ☐ **alogênico**

em: (nome completo): _____

nascido em ____/____/____, registro hospitalar _____. Informo que o receptor é

portador de _____ e as células ☐ a fresco

ou ☐ criopreservadas em _____ bolsa(s), não tem mais indicação de serem mantidas
armazenadas pelo motivo:

☐ celularidade inadequada

☐ viabilidade celular inadequada

☐ teste triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue alterado para:

☐ teste microbiológico positivo para: _____

☐ perda, dano ou inadequação para uso devido a: _____

☐ incompatibilidade HLA com o receptor

☐ óbito do receptor em ____/____/____

☐ exclusão do receptor do programa de transplante devido a _____

☐ outro motivo (descrever): _____

Atenciosamente,

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico do Centro Transplantador:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data do preenchimento: ____/____/____

[illegible][illegible]

MASP: _____ Data: / /