



**Solicitação de Descongelamento e Ressuspensão
de Concentrado de Linfócitos do Doador
Criopreservado**



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 da Infusão: ____/____/____

Local de entrega do produto:

Indicação do procedimento:

☐ Necessidade de ajuste da dose a ser infundida para: _____

☐ _____

Considerando a relação risco-benefício do procedimento, solicito a liberação das unidades em condições especiais (necessidade médica urgente), devido a:

☐ Não se aplica.

☐ Teste(s) realizados em laboratório não certificado ou amostra obtida há mais de 7 (sete) dias da coleta do concentrado de linfócitos.

☐ Teste(s) em andamento:

☐ microbiológico

☐ _____

☐ Teste(s) alterado(s):

☐ microbiológico

☐ triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue

☐ _____

☐ _____

Observações: _____



**Solicitação de Descongelamento e Ressuspensão
de Concentrado de Linfócitos do Doador
Criopreservado**



CCD: 333

Nome do receptor: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de descongelamento e ressuspensão desta unidade de concentrado de linfócitos para imunoterapia pós-transplante alogênico de células-progenitoras hematopoéticas 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 da infusão de linfócitos do doador 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 ressuspensão do produto no dia da infusão e que pode haver perda celular neste procedimento.
5. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do procedimento.
6. Estou ciente de que a entrega do produto ocorrerá no dia da infusão, 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, visto que o dimetilsulfóxido (DMSO) não será removido.
7. Comprometo-me em preencher e enviar os formulários fornecidos pelo Cetebio, referentes à realização do procedimento em até 05 dias após a infusão do produto.

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Carimbo: _____