
 <b>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</b>	<b>Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para Uso Alogênico</b>	
		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: \_\_\_\_\_  
 Fonte pagadora: ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

**Centro Transplantador:** \_\_\_\_\_  
**Data e local da Coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

**Mobilização:**  
 1. G-CSF (filgrastima): \_\_\_\_\_ ampolas ☐ 12/12h ☐ 24/24h início em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 2. Outro: \_\_\_\_\_

**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 ou IgG+IgM)				

\* 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 (trinta) dias antes da coleta do produto.

	<b>Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para Uso Alogênico</b>	
		CCD: 333

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

**Termo de Responsabilidade**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico (CPH-SP) para fins de transplante alogênico 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 linfócitos, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Para as coletas **não** realizadas pela Fundação Hemominas:
  - a) assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e enviar o formulário “Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese”, ou relatório similar, nas coletas intermediadas pelo REDOME, com a bolsa a ser processada.
  - b) 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 (trinta) dias da coleta da CPH-SP, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, liberação do produto será efetuada na modalidade “**elegibilidade incompleta.**”
3. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade, com o objetivo de verificar a sua aptidão para uso clínico e aguardar o resultado desta avaliação para iniciar o condicionamento do paciente.
4. Declaro que o doador, o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a sua realização nas seguintes situações:
  - a) das unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação e que, após avaliação conjunta realizada pelas equipes responsáveis pelo transplante e pelo processamento e considerada a relação risco-benefício da sua utilização clínica foi optado pelo descarte;
  - b) das unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante.
  - c) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
5. Comprometo-me a enviar relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, em intervalos regulares, justificando tecnicamente a necessidade de manutenção do armazenamento das unidades criopreservadas há mais de um ano (pacientes ainda não transplantados) ou dois anos (pacientes já transplantados com possibilidade de realização de segundo transplante).

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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