

AVALIAÇÃO MÉDICA

Nome do doador/paciente: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos Peso: ____ Kg

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Diagnóstico em: ____ / ____ / ____ Transplante anterior: não sim, em ____ / ____ / ____

Mieloma múltiplo (Já usei Daratumumabe ou Isatuximabe não sim, última dose em ____ / ____ / ____)

linfoma _____ _____

Mobilização atual: 1º ciclo; 2º ciclo; ____ ciclo

1. G-CSF (filgrastima): ____ ampolas ____ / ____ h data e horário da última dose: ____ / ____ / ____ às ____ : ____

2. Uso de plerixafor: não sim data e horário da dose: ____ / ____ / ____ às ____ : ____

3. Quimioterapia: não sim qual: _____

Possui condições clínicas que possam afetar ou implicam em risco para a coleta por aférese/qualidade do produto coletado? não sim. Quais: _____

Recomendações do Centro Transplantador para o setor de aférese, incluindo medicamentos a serem administrados durante o procedimento: _____

Resultados de exames (realizados entre ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____)

Na: _____ K: _____ Cl: _____ Ca: _____ Mg: _____ P: _____

Obs.: Não serão dosados íons e nem feita correção durante o procedimento. Apenas soro de manutenção

Hemácias: _____ Hb: _____ Htc: _____ LG: _____ Plaquetas: _____

PTTa ratio p/c: _____ TP ratio p/c: _____ AP: _____ RNI: _____ Fibrinogênio: _____

ECG: ritmo Sinusal defeito de condução cardíaca.

Qual: _____

Paciente colonizado, com infecção ou sob precaução de contato? não sim. Detalhar, incluindo micro organismo: _____

Restrição alimentar: não sim itens restritos: _____

Paciente pode receber lanche fornecido pela Fundação Hemominas aos doadores: Sim Não

*Quando o paciente não puder receber o lanche da Hemominas o paciente ou o CT deverão providenciar a alimentação indicada.

Observações (outras informações relevantes não abordadas acima): _____

Declaro para os devidos fins que o doador/paciente _____

_____ foi por mim avaliado e encontra-se apto para a coleta de células progenitoras hematopoéticas mobilizadas do sangue periférico (CPH-SP) concentrado de linfócitos a qual encontra-se devidamente autorizada. Estou ciente que em caso de mobilização insuficiente de CPH-SP pode ser necessário o processamento de mais de 4 volemias o que requer a utilização da heparina como anticoagulante em associação ao ACD-A1. Estou ciente também que para isso o doador/paciente deve apresentar contagem de plaquetas $> 50.000/\mu\text{L}$ e não deve ter contraindicação ao uso da heparina, como por exemplo, infiltração tumoral em local de alto risco (ex.: sistema nervoso central ou medula espinhal) ou sangramento recente. Diante do acima exposto eu autorizo não autorizo o uso da heparina e afirmo que o paciente será devidamente avaliado clínica e laboratorialmente (exames mínimos hemograma, íons e, em caso de sangramento, coagulograma) ao retornar ao Centro Transplantador após a coleta.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___ Carimbo: _____

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM

Data e horário da implantação do cateter: ___/___/___ às ___:

O fluxo do cateter foi testado em encontra-se adequado? sim não _____

Data e horário do último teste: ___/___/___ às ___:

O cateter está em condições de uso para aférese? sim não _____

O curativo encontra-se adequado? sim não. Há sinais flogísticos ou de sangramento não sim.

Doador/paciente apresentou temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ nas últimas 24h? não sim _____

Em caso de sinais flogísticos de infecção, sangramento ou febre o(a) médico(a) _____

foi contatado em ___/___/___ às ___:___ e autorizou o procedimento de coleta por aférese.

Números de emergência para comunicação sobre coleta, cateter ou remoções de urgência:

1^a Opção: _____ 2^a Opção: _____ Contato: _____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do COREM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___ Carimbo: _____

Não deixar campos em branco. Marcar como NA (não se aplica), quando for o caso. Documento sem assinatura não tem valor. Campos omissos poderão inviabilizar a coleta. Atualizar dados para o 2º dia de coleta se este for necessário.