
	Checagem final para procedimento de coleta de células mononucleadas por aférese	
		CCD: 330

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 usou 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): _____

	Checagem final para procedimento de coleta de células mononucleadas por aférese	
		CCD: 330

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 volêmias 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/μL 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:

1ª Opção: _____ 2ª 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.