
	<b>Termo de ciência e consentimento – doador alogênico de risco. Equipe médica</b>	
		<b>CCD: 330</b>

À equipe médica da Fundação Hemominas,

A equipe de transplante de “medula óssea” do hospital \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ aqui representada por mim, comunica a ciência do risco aumentado de transmissão de doenças infectocontagiosas por meio da doação de ☐ células progenitoras hematopoéticas do sangue periférico mobilizado ☐ concentrado de linfócitos do(a) doador(a) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ cujo produto será destinado para uso exclusivo no(a) receptor(a) \_\_\_\_\_,  
 nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ que se encontra internado neste hospital. Este risco aumentado é devido a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Informamos que este risco aumentado de transmissão de doenças infectocontagiosas foi abertamente discutido com o receptor ou com seu representante legal. A equipe de transplante está ciente destes riscos e após a avaliação de todas as outras opções de tratamento, da ponderação cuidadosa sobre os benefícios e os riscos do uso deste produto em particular considerado inelegível pelas normas técnicas em vigor e de outro produto (se disponível) foi optado por sua utilização terapêutica devido à necessidade médica urgente. Sendo assim, autorizo a realização da coleta e uso clínico do produto.

**MÉDICO DO CENTRO TRANSPLANTADOR RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Ciente e de acordo:

**MÉDICO DA FUNDAÇÃO HEMOMINAS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_