

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 HEMOMÍNAS**

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

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

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