
	<b>Solicitação de Coleta e Criopreservação em Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas para uso AUTÓLOGO</b>	
		<b>CCD: 330</b>

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

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_ Kg

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Dados relevantes da avaliação clínica e laboratorial realizada pelo Centro Transplantador (listar as comorbidades e todos os medicamentos em uso: ☐ nada digno de nota ou ☐ \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** ☐ Mieloma múltiplo (Já usou Daratumumabe ou Isatuximabe ☐ não ☐ sim, última dose em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
☐ \_\_\_\_\_

**Centro transplantador:** \_\_\_\_\_

**Fonte pagadora:** ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

**Coleta de CPH-SP por Aférese/Data prevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dose de células CD34+ desejada:** \_\_\_\_ x10<sup>6</sup>/Kg (máximo \_\_\_\_ de x10<sup>6</sup>/Kg) para uso em \_\_\_\_ transplantes.

**Mobilização:** ☐ 1º ciclo; ☐ 2º ciclo; ☐ \_\_\_\_ ciclo

1. G-CSF (filgrastima): \_\_\_\_ ampolas ☐ 8/8h ☐ 12/12h ☐ 24/24h. Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Plerixafor (possibilidade de uso): ☐ não ☐ sim Horário provável: \_\_\_\_:\_\_\_\_

3. Quimioterapia: ☐ Não ☐ Sim Qual: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tratamentos prévios:**

Quimioterapia: ☐ Não ☐ Sim Qual: \_\_\_\_\_



Radioterapia: ☐ Não ☐ Sim Local: \_\_\_\_\_

**Data e horário previstos para a infusão do produto:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Resultados de exames laboratoriais:**

Teste laboratorial	Receptor	
	Resultado	Data da realização
Tipagem ABO e RhD		
Pesquisa de anticorpos irregulares		
Pesquisa de traço falciforme		
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)		

\* os testes laboratoriais devem ser realizados em laboratório certificado para realizar tais exames em humanos.

	<b>Solicitação de Coleta e Criopreservação em Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas para uso AUTÓLOGO</b>	
		<b>CCD: 330</b>

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

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de coleta por aférese e criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas (CPH) coletadas do sangue periférico (SP) por aférese para fins de transplante autólogo no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador/paciente foi avaliado clínica e laboratorialmente e **encontra-se qualificado** para a doação/coleta de CPH-SP, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. 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 para o transplante.
3. Declaro que o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta de CPH-SP por aférese e de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a realização do mesmo nas seguintes situações:
  - a) 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) unidades coletadas de pacientes com leucemia mieloide aguda que apresentaram, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
  - c) unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante;
  - d) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
4. 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 (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: \_\_\_\_\_