



**Solicitação de Coleta e Criopreservação em  
Concentrado de Células-Progenitoras  
Hematopoéticas para uso AUTÓLOGO**



**CCD: 330**

**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:**

	Receptor	
Teste laboratorial	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: \_\_\_\_\_