

**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:**

<b>Teste laboratorial</b>	<b>Receptor</b>	
	<b>Resultado</b>	<b>Data da realização</b>
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>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</b>	<b>Solicitação de Coleta e Realização de Controle de Qualidade 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 realização de controle de qualidade 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. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta de CPH-SP por aférese e controle de qualidade do produto, no qual serão realizados os testes estabelecidos pelas normas técnicas em vigor, em amostra representativa do produto, coletada pela equipe do Cetebio. Estou ciente de que, para isso, serão coletados aproximadamente 11 mL do produto.
3. Estou ciente que habitualmente não se realiza qualquer manipulação adicional com o produto. Entretanto, nos casos em que a dose máxima de células CD 34+/ Kg de peso do receptor por mim determinada e solicitada for ultrapassada, solicito que a equipe do Cetebio:
  - proceda com a aliquotagem do produto na dose máxima previamente determinada e com o **descarte do excedente de células coletadas**. Informo que o doador e o paciente foram devidamente orientados sobre esta possibilidade e que estão cientes e em acordo com o descarte do excedente de células coletado.
  - envie para a UTMO o total das células coletadas, sem proceder com aliquotagem do produto.
4. Comprometo-me a notificar o Cetebio se o paciente apresentar alguma reação transfusional relacionado com a infusão do produto, a preencher e enviar os formulários fornecidos pela Fundação Hemominas, referentes à realização do procedimento e ao acompanhamento pós-transplante ou documento oficial do centro transplantador, contendo, no mínimo, todas as informações solicitadas nos formulários pertinentes, em até 05 dias e 30 dias após a infusão do produto, respectivamente.

#### **RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

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

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

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

Carimbo: