

Nome do doador: _____

Nome social: _____ **GRID:** _____

CPF: _____ **DMR:** _____ **Código Registro Internacional:** _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ anos **Peso:** ____ Kg

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 _____

Esquema de mobilização: G-CSF (filgrastima): ____ ampolas de ____ / ____ horas. Início: ____ / ____ / ____

Nome do receptor: _____

CPF: _____ **RMR/RMI:** _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** ____ anos **Peso:** ____ Kg

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Fonte pagadora: SUS Particular/Convênio

Produto CPH-SP para uso alogênico aparentado não aparentado. Compatibilidade HLA: ____ x ____; haploidêntico

Data prevista para a coleta: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Dose de células CD34+ desejada: ____ x10⁶/Kg, respeitando o máximo ____ de x10⁶/Kg

Data e horário previstos para a infusão do produto: ____ / ____ / ____ às ____ : ____

Resultados de exames laboratoriais:

Teste laboratorial	Doador		Receptor	
	Resultado	Data da realização	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.

 FUNDAÇÃO HEMOMINAS	Solicitação de Coleta e Realização de Controle de Qualidade em Concentrado de Células- Progenitoras Hematopoéticas para uso ALOGÊNICO	 CCD: 330
--	--	--

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) de sangue periférico (SP) para fins de transplante alogênico no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador 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 doador e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta CPH-SP por aférese e de 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 coletadas.
 - 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: