

**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:** \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>/Kg, respeitando o máximo \_\_\_\_\_ de x10<sup>6</sup>/Kg

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

**Resultados de exames laboratoriais:**

<b>Teste laboratorial</b>	<b>Doador</b>		<b>Receptor</b>	
	<b>Resultado</b>	<b>Data da realização</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.



**Solicitação de Coleta e Criopreservação de  
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 CRIOPRESERVAÇÃO 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. 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.
3. Declaro que o doador e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta CPH-SP por aférese e sobre o procedimento de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a sua realização 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 que foram excluídos do programa de transplante.
  - c) 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 ano (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: