
	Solicitação de Coleta e Criopreservação de Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas para uso ALOGÊNICO	
		CCD: 330

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 ____; ☐ haploidentico

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:

	Doador		Receptor	
Teste laboratorial	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.

	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: _____