

**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  \_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RMR/RMI:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_ anos **Peso:** \_\_\_\_ Kg

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Nome da mãe:** \_\_\_\_\_

**Centro transplantador:** \_\_\_\_\_

**Data prevista para a coleta:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Fonte pagadora:**  SUS  Particular/Convênio

**Produto:** Concentrado de linfócitos coletado por aférese  não mobilizado  mobilizado

para uso alogênico  aparentado  não aparentado. Compatibilidade HLA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_;  haploidêntico

**Dose CD3+ desejada para infusão a fresco:** \_\_\_\_\_ /Kg de peso do receptor em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ :

**Há necessidade de criopreservação do produto excedente para infusão no futuro?**

Não  Sim – favor enviar solicitação médica específica para criopreservação

**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, Realização de Controle de Qualidade e Aliquotagem de Linfócitos do Doador para Imunoterapia pós Transplante ALOGÊNICO**



**CCD: 330**

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de coleta por aférese, realização de controle de qualidade e aliquotagem desta unidade de linfócitos do doador para fins de imunoterapia pós-transplante 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 concentrado de linfócitos por aférese, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Declaro que o doador, o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta concentrado de linfócitos 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 CD3<sup>+</sup>/CD19<sup>-</sup> por 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 previamente determinada e com:
  - a **criopreservação do excedente** de células coletadas (enviar solicitação específica)
  - 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 relacionada com a infusão do produto, a preencher e enviar os formulários fornecidos pelo Cetebio, referentes à realização do procedimento ou documento oficial do centro transplantador, contendo, no mínimo, todas as informações solicitadas nos formulários pertinentes, em até 05 dias após a infusão do produto.

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

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

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

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