

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

Infusões e doses programadas desejadas por kg de peso corporal do receptor

1 x 10⁷ CD3⁺ 5 x 10⁷ CD3⁺ 1 x 10⁸ CD3⁺ _____

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.



Solicitação de Coleta e Criopreservação 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, aliquotagem e criopreservação 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. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade criopreservada e, se pertinente, agendar com antecedência de pelo menos 7 (sete) dias o descongelamento, a ressuspensão e o ajuste da dose de células CD3+ do produto a ser infundido futuramente.
3. Declaro que o doador, o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta linfócitos por aférese, aliquotagem e criopreservação, estão cientes da possibilidade e autorizam o **descarte** das células nas seguintes situações:
 - a) unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação para uso clínico e que, após avaliação conjunta realizada pelas equipes responsáveis pelo transplante e pelo processamento e considerada a relação risco-benefício da utilização clínica da mesma foi optado pelo descarte;
 - b) unidades coletadas para pacientes que foram excluídos do programa de transplante.
4. Comprometo-me a notificar o Cetebio se o paciente apresentar alguma reação transfusional relacionada com a infusão do produto, 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.

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Carimbo: