



**Solicitação de Coleta e Criopreservação em
Concentrado de Células-Progenitoras
Hematopoéticas para uso AUTÓLOGO**



CCD: 330

Nome do receptor: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos Peso: ___ Kg

Nome da mãe: _____

Dados relevantes da avaliação clínica e laboratorial realizada pelo Centro Transplantador: nada digno de nota

Comorbidades: _____

Medicamentos em uso: _____

Outros: _____

Diagnóstico: Mieloma múltiplo (Já usou Daratumumabe ou Isatuximabe não sim, última dose em ___/___/___)

Centro transplantador: _____

Fonte pagadora: SUS Particular/Convênio

Coleta de CPH-SP por Aférese/Data prevista: ___/___/___ a ___/___/___

Dose de células CD34+ desejada: ___ x10⁶/Kg (máximo ___ de x10⁶/Kg) para uso em ___ transplantes.

Mobilização: 1º ciclo; 2º ciclo; ___ ciclo

1. G-CSF (filgrastima): ___ ampolas 8/8h 12/12h 24/24h. Data de início: ___/___/___

2. Plerixafor (possibilidade de uso): não sim Horário provável: ___:___

3. Quimioterapia: Não Sim Qual: _____

Início: ___/___/___ Término: ___/___/___

Tratamentos prévios:

Quimioterapia: Não Sim Qual: _____



Radioterapia: Não Sim Local: _____

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

Resultados de exames laboratoriais:

Teste laboratorial	Receptor	
	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 em Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas para uso AUTÓLOGO	
		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) coletadas do sangue periférico (SP) por aférese para fins de transplante autólogo no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador/paciente 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 para o transplante.
3. Declaro que o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta de CPH-SP por aférese e de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de **descarte** das células e que autorizaram a realização do mesmo 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 com leucemia mieloide aguda que apresentaram, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
 - c) unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante;
 - d) 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 (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: _____