



**Solicitação de Coleta e Desplamatização de
Concentrado de Células-Progenitoras
Hematopóéticas para uso ALOGÊNICO**



CCD: 330

Nome do doador: _____

Nome social: _____ CPF: _____ Peso: _____ Kg

GRID: _____ DMR: _____ Código Registro Internacional: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Titulação de anti-A anti-B: _____ em ___/___/___

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

Comorbidades: _____

Medicamentos em uso: _____

Outros: _____

Esquema de mobilização: G-CSF (filgrastima): _____ ampolas de ___ / ___ horas. Início: ___/___/___

Nome do receptor: _____

CPF: _____ RMR/RMI: _____ Peso: _____ Kg

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Titulação de anti-A anti-B: _____ em ___/___/___

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: _____ x10⁶/Kg, respeitando o máximo _____ de x10⁶/Kg

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

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 Desplasmatação 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 DESPLASMATIZAÇÃO 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. Declaro que o doador e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta CPH-SP por aférese e de displasmatação 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 CD 34+/ 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 máxima previamente determinada e com 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 relacionado com a infusão do produto, a preencher e enviar os formulários fornecidos pela Fundação Hemominas, referentes à realização do procedimento e ao acompanhamento pós-transplante ou documento oficial do centro transplantador, contendo, no mínimo, todas as informações.

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ___ Carimbo: _____