
	<b>Solicitação de Coleta e Criopreservação de Linfócitos do Doador para Imunoterapia pós Transplante ALOGÊNICO</b>	
		<b>CCD: 330</b>

**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:  nada digno de nota

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**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 10<sup>7</sup> CD3<sup>+</sup>  5 x 10<sup>7</sup> CD3<sup>+</sup>  1 x 10<sup>8</sup> CD3<sup>+</sup>  \_\_\_\_\_

**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.

	<b>Solicitação de Coleta e Criopreservação de Linfócitos do Doador para Imunoterapia pós Transplante ALOGÊNICO</b>	 <b>CCD: 330</b>
---	--	--

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: \_\_\_\_\_