
	Checkagem final para procedimento de coleta de células mononucleadas por aférese	
		CCD: 330

Declaro para os devidos fins que o doador/paciente _____

_____ foi por mim avaliado e encontra-se apto para a coleta de células progenitoras hematopoéticas mobilizadas do sangue periférico (CPH-SP) concentrado de linfócitos a qual encontra-se devidamente autorizada. Estou ciente que em caso de mobilização insuficiente de CPH-SP pode ser necessário o processamento de mais de 4 volemias o que requer a utilização da heparina como anticoagulante em associação ao ACD-A1. Estou ciente também que para isso o doador/paciente deve apresentar contagem de plaquetas > 50.000/μL e não deve ter contraindicação ao uso da heparina, como por exemplo, infiltração tumoral em local de alto risco (ex.: sistema nervoso central ou medula espinhal) ou sangramento recente. Diante do acima exposto eu autorizo não autorizo o uso da heparina e afirmo que o paciente será devidamente avaliado clínica e laboratorialmente (exames mínimos hemograma, íons e, em caso de sangramento, coagulograma) ao retornar ao Centro Transplantador após a coleta.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___ Carimbo: _____

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM

Data e horário da implantação do cateter: ___/___/___ às ___:___

O fluxo do cateter foi testado em encontra-se adequado? sim não _____

Data e horário do último teste: ___/___/___ às ___:___

O cateter está em condições de uso para aférese? sim não _____

O curativo encontra-se adequado? sim não. Há sinais flogísticos ou de sangramento não sim.

Doador/paciente apresentou temperatura axilar ≥ 37,8°C nas últimas 24h? não sim _____

Em caso de sinais flogísticos de infecção, sangramento ou febre o(a) médico(a) _____

foi contatado em ___/___/___ às ___:___ e autorizou o procedimento de coleta por aférese.

Números de emergência para comunicação sobre coleta, cateter ou remoções de urgência:

1ª Opção: _____ 2ª Opção: _____ Contato: _____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do COREM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___ Carimbo: _____

Não deixar campos em branco. Marcar como NA (não se aplica), quando for o caso. Documento sem assinatura não tem valor. Campos omissos poderão inviabilizar a coleta. Atualizar dados para o 2º dia de coleta se este for necessário.