

 <p><b>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</b></p>	<b>Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para uso Autólogo</b>	
		CCD: 333

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dados relevantes da triagem clínica: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Fonte pagadora:  SUS  Particular/Convênio

Centro transplantador: \_\_\_\_\_

**Data da coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dose de células nucleadas desejada:** \_\_\_\_\_ x10<sup>8</sup>/Kg, respeitando o máximo de \_\_\_\_\_ x10<sup>8</sup>/Kg

**Mobilização:**  Não  SIM

1. G-CSF (filgrastima): \_\_\_\_\_ ampolas  8/8h  12/12h  24/24h

Data de início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tratamentos prévios:**

Quimioterapia:  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

Radioterapia:  Não  Sim Local: \_\_\_\_\_

**Resultados de exames laboratoriais:**

Teste laboratorial	Resultado	Data da realização
Tipagem ABO e RhD		
Pesquisa de anticorpos irregulares		
Teste de gravidez (se aplicável)		
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 ou IgG+IgM)		

	<b>Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para uso Autólogo</b>	 CCD: 333
--	--	--

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

**Termo de Responsabilidade**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea (CPH-MO) para fins de transplante autólogo no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se  qualificado ou  não qualificado para a doação/coleta de CPH, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher o formulário "Relatório de coleta de Medula Óssea" e encaminhá-lo junto com a bolsa a ser processada.
3. Estou ciente que, caso os testes de triagem para doenças infecciosas tenham sido realizados por laboratório não certificado ou as amostras para a sua realização tenham sido obtidas há mais de 30 (trinta) dias da coleta da CPH-MO, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, o produto será rotulado com a declaração "**Não avaliado para doenças infecciosas**".
4. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade de deseritrocitação e desplasmatização da CPH-MO durante o preparo para a criopreservação, que pode ser necessária a lavagem do produto no dia da infusão e que nestes procedimentos pode haver perda significativa de células. Neste caso, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definição quanto a melhor estratégia a ser utilizada.
5. 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.
6. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre os procedimentos de deseritrocitação, desplasmatização, criopreservação, descongelamento e lavagem, que 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 que apresentarem, 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.
7. Comprometo-me a enviar a cada 2 anos, relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, 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: \_\_\_\_\_