
 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para Uso Alogênico</p>	
		<p>CCD: 333</p>

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

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

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

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

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Fonte pagadora: SUS Particular/Convênio

Previsão de datas para a coleta por aférese: ___/___/___ a ___/___/___


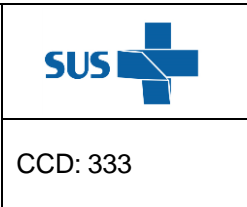
Dose de células CD34+ desejada: _____ x10⁶/Kg, respeitando o máximo _____ de x10⁶/Kg

Mobilização:

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

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 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 IgG/IgM)				

 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Solicitação de Criopreservação de Células- Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para Uso Alogênico</p>	 <p>CCD: 333</p>
--	--	--

Nome do receptor: _____

Termo de Responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de criopreservação desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico (CPH-SP) para fins de transplante no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que este doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se qualificado para a doação/coleta de CPH, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Para as coletas não realizadas pela Fundação Hemominas: Assumo total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e enviar o formulário “Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese”, ou formulário similar para as coletas intermediadas pelo REDOME, junto com a bolsa a ser processada.
3. 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.
4. Declaro que o doador, o paciente e a sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de criopreservação, estão cientes sobre a possibilidade de descarte das células e que autorizaram a sua realização nas seguintes situações:
 - a) das 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) das unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante.
 - c) do excedente de células coletadas, que ultrapassou a dose máxima desejada.
5. 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 ano (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: _____