

 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	Solicitação de Realização de Controle de Qualidade em Concentrado de Células- Progenitoras Hematopoéticas	
		CCD: 333

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

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

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Dados relevantes da triagem clínica:

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

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

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Local da coleta: _____

Data e horário previstos para o início da coleta: ___/___/___ às ___:___

Data e horário previstos para a entrega do produto no Cetebio: ___/___/___ às ___:___

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

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

Fonte do produto: CPH-MO CPH-SP

Fonte pagadora: SUS Particular/Convênio

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)				

	Solicitação de Realização de Controle de Qualidade em Concentrado de Células-Progenitoras Hematopoéticas	
		CCD: 333

Nome do receptor: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de controle de qualidade desta unidade de Células-Progenitoras Hematopoéticas (CPH) para fins de transplante no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que este doador/paciente foi avaliado clínica e laboratorialmente e encontra-se qualificado para a doação/coleta de CPH, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Assumo (coletas não realizadas pela Fundação Hemominas), total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, em acordo com as normas técnicas vigentes, e comprometo-me a preencher e encaminhar o formulário "Relatório de coleta de Medula Óssea" ou "Relatório de coleta de Células Mononucleares por aférese", ou formulário similar para as coletas intermediadas pelo REDOME, com a bolsa a ser processada.
3. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de controle de qualidade 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.
4. 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 alíquotagem 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 alíquotagem do produto.
5. 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 pelo Cetebio, referentes à realização do procedimento e ao acompanhamento pós-transplante ou documento oficial do centro transplantador, contendo, no mínimo, todas as informações solicitadas nos formulários pertinentes, em até 05 dias e 30 dias após a infusão do produto, respectivamente.

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___ Carimbo: _____