



**Solicitação de Criopreservação de Células-  
Progenitoras Hematopoéticas do Sangue  
Periférico para uso Autólogo**

CCD: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Fonte pagadora:  SUS  Particular/Convênio

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

**Coleta por Aférese / Data prevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dose CD34+ desejada:** \_\_\_\_\_ x 10<sup>6</sup>/kg para uso em  um  dois transplantes

**Mobilização:**  1º ciclo;  2º ciclo;  \_\_\_\_\_ ciclo

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

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

2. Plerixafor (possibilidade de uso):  não  sim Horário provável: \_\_\_\_:\_\_\_\_

3. Quimioterapia:  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Outro: \_\_\_\_\_

**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)		



	<b>Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas do Sangue Periférico para uso Autólogo</b>	CCD: _____
---	---	------------

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

**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/paciente 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 encaminhar o formulário “Relatório de Coleta de Células Mononucleares por Aférese” com a bolsa a ser processada.
3. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade, com o objetivo de verificar a aptidão da mesma para uso clínico, e aguardar o resultado desta avaliação para iniciar o condicionamento do paciente.
4. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de criopreservação, 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 utilização clínica da mesma foi optado pelo descarte;
  - b) unidades coletadas de pacientes com leucemia mieloide aguda que apresentarem, quando disponível, pesquisa para doença residual mínima positiva;
  - c) unidades coletadas de pacientes que foram excluídos do programa de transplante.
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 (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: \_\_\_\_\_

