



**Solicitação de Criopreservação de Células-
Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea
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: _____

Data da coleta: ____/____/____

Dose células nucleadas desejada: _____ x 10⁸/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)		



	Solicitação de Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para uso Autólogo	CCD: _____
---	--	------------

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 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 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. 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.
4. 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.
5. 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 utilização clínica da mesma 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.

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Carimbo: _____

