



**Solicitação de Criopreservação
de Células-Progenitoras Hematopoéticas da
Medula Óssea para Uso Alogênico**

CCD: _____

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

Data da coleta: ___/___/___

Data e horário em que o produto será entregue ao Cetebio: ___/___/___ às ____:____

Dose desejada de células nucleadas: _____ x 10⁸/kg

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 Criopreservação de Células-Progenitoras Hematopoéticas da Medula Óssea para Uso Alogênico	CCD:
--	---	------

Nome do receptor: _____

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 o doador 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 e encaminhar o formulário “Relatório de coleta de Medula Óssea” ou formulário similar nas doações intermediadas pelo REDOME, 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 e de descongelamento e lavagem do produto no dia da infusão e que nestes dois procedimentos pode haver perda significativa de células. Nestes casos, 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, sempre que possível, 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.
6. 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: _____

