



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



CCD: 333

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

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

Dados relevantes da triagem clínica: _____

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

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

Compatibilidade HLA: 6 x 6 10 x 10 haploidêntico
 ___ x ___ com incompatibilidade (*mismatch*) em: _____

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 células nucleadas desejada: _____ x 10⁸/kg, respeitando o máximo _____ de x10⁸/Kg

ou dose células CD34+ desejada: _____ x 10⁸/kg, respeitando o máximo _____ de x10⁸/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)				

* os testes laboratoriais devem ser realizados em laboratório certificado para realizar tais exames em humanos. As amostras para realização dos testes devem ser obtidas em até 30 dias antes da coleta do produto.

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. Caso os testes de triagem para doenças infecciosas tenham sido realizados por laboratório não certificado ou as amostras para a sua realização tenham sido obtidas há mais de 30 dias da coleta da Medula Óssea, comprometo-me a providenciar a realização de novos testes em laboratório certificado e enviar tais resultados para o Cetebio. Caso contrário, a liberação do produto será efetuada na modalidade “elegibilidade incompleta.”
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 que neste procedimento pode haver perda significativa de células.
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 e criopreservação, que estão cientes da possibilidade e autorizam o descarte das células nas seguintes situações:
 - a) unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação para uso clínico 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 para 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: _____