



**Solicitação de Deseritrocitação  
e/ou Desplasmatização**

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

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

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

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

Titulação de anti-A ou anti-B (se transplante ABO incompatível): \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dados relevantes da triagem clínica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

Registro REDOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

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

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

Titulação de anti-A ou anti-B (se transplante ABO incompatível): \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

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

Procedimento solicitado:  Deseritrocitação  Desplasmatização

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

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

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)				



	<b>Solicitação de Deseritrocitação e/ou Desplasmatização</b>	CCD:
--	--	------

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de  deseritrocitação  desplasmatização 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 total responsabilidade sobre a coleta e o transporte do produto, conforme norma técnica vigente. 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 se coleta intermediada pelo REDOME, com a bolsa a ser processada.
3. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de deseritrocitação e desplasmatização e que estão cientes de que não há garantia absoluta de que o procedimento seja eficaz, a depender de características intrínsecas do produto. Nestes casos, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definir a melhor estratégia de recuperação do produto. Estou ciente de que o concentrado de CPH deve ser infundido o mais rapidamente possível, após o processamento.
4. 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 45 dias após a infusão do produto, respectivamente.

**RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

