

 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Relatório de Células Mononucleares por Aférese</p>	<p>CCD: _____</p>
--	--	-------------------

Obs: Favor preencher os campos pertinentes e dar um traço nos não pertinentes

Nome do doador: _____

Data de nascimento: ___/___/___ **Código REDOME ou matrícula:** _____

Nome do receptor: _____

Data de nascimento: ___/___/___ **Código REDOME ou matrícula:** _____

Centro Transplantador: _____

Dados da coleta: Data: ___/___/___ **Horário:** início: ____:____ término: ____:____

Produto coletado: CPH-SP; CMN, aférese

Identificador exclusivo da doação: _____

Nome e endereço da instituição responsável pela coleta:

Serviço de aférese – HBH Alameda Ezequiel Dias 321, Belo Horizonte, MG

Equipamento/insumo utilizado:

Spectra Optia Software versão ___ - Protocolo CMNC

Proporção “Inlet”/ACD-A = 1: _____

Anticoagulante utilizado: ACD-A ACD-A + heparina _____

Número de volemias processadas (VST): _____

Quantidade de sangue total processado: _____ mL

Volume coletado: _____ mL (incluindo anticoagulante usado para coleta)

Quantidade de anticoagulante no produto: _____ + _____ mL

Volume plasma coletado: _____ mL (se aplicável)

Houve intercorrência na coleta com necessidade de alteração do procedimento

padrão? Não Sim: _____

O paciente/doador apresentou efeito adverso? Não Sim: _____

Comentários adicionais: _____

Responsável pela coleta: _____

(nome completo legível e registro conselho)

Responsável pelo preenchimento: _____

(nome completo legível, registro conselho e assinatura)

