



**Requisição de Concentrado de Células-
Progenitoras Hematopoéticas Criopreservado
para Transplante**

CCD:

Nome do paciente: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ Peso: _____ Kg

Sexo: Masculino Feminino DN: ____/____/____ Idade: _____ anos

Diagnóstico: _____

Centro transplantador: _____

Produto solicitado: medula óssea (CPH-MO);

sangue periférico mobilizado (CPH-SP);

sangue de cordão umbilical e placentário (CPH-SCUP).

Dose de células CD34+: _____ x 10⁶ células CD34+/Kg de peso corporal (informado no momento da criopreservação).

Data do transplante: ____/____/____

Data da entrega do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): ____/____/____

Data da retirada do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): ____/____/____

Local de entrega e retirada do contêiner de transporte a seco:

Considerando a relação risco-benefício do procedimento, solicito a liberação das unidades em condições especiais, devido a:

Não se aplica.

Teste(s) em andamento:

microbiológico

Teste(s) alterado(s):

microbiológico

triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue

Observações: _____



	Requisição de Concentrado de Células- Progenitoras Hematopoéticas Criopreservado para Transplante	CCD:
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

Nome do paciente: _____

Termo de responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação destas unidades de CPH para fins de transplante exclusivamente no paciente acima, para o qual:

1. Aceito os resultados dos testes de qualificação do produto previamente realizados e encaminhados pela equipe do Cetebio. Declaro que o receptor ou o seu representante legal foram, quando pertinente, comunicados sobre o uso de unidades liberadas em condição especial e autorizaram a realização do transplante com este produto.
2. Declaro que o paciente acima, ou o seu representante legal, foi esclarecido sobre o transplante, compreendeu seus riscos e benefícios, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas e autorizou a realização do mesmo por meio da assinatura de documento que se encontra arquivado sob a responsabilidade da equipe de transplante e à disposição para consulta caso esta seja necessária.
3. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do transplante.
4. Estou ciente de que a entrega do contêiner de transporte a seco ocorrerá após as 10h, que esta pode ser agendada para o dia útil anterior ao do transplante, desde que o período máximo de permanência das células no centro transplantador, contado entre a entrega do material biológico e a infusão no paciente, seja de 24h. Caso contrário, essa entrega ocorrerá no dia da realização do transplante. O horário de entrega e retirada deste contêiner será acordado por meio eletrônico.
5. Responsabilizo-me pelo material biológico criopreservado, pelo contêiner de transporte a seco e pelo monitor de temperatura pelo período de tempo compreendido entre a entrega e a retirada deste contêiner, no local previamente determinado e comprometo-me a preencher e enviar o formulário referente ao recebimento das células em até 24h e a devolver o contêiner no mesmo dia ou no dia útil seguinte à realização do transplante.
6. Comprometo-me em 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 30 dias após a infusão do produto, respectivamente.

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

