



**Solicitação de Descongelamento e Ressuspensão
de Células-Progenitoras Hematopoéticas
Criopreservadas**

CCD: _____

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Sexo: Masculino Feminino Tipo sanguíneo (ABO/RhD): _____ Peso: _____ Kg

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

CPF: _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Sexo: Masculino Feminino Tipo sanguíneo (ABO/RhD): _____ Peso: _____ Kg

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Fonte Pagadora: SUS Particular/Convênio

Data do transplante: ___/___/___

Local de entrega do produto:

Indicação do procedimento:

- Necessidade de ajuste da dose a ser infundida para: _____
- Intercorrência com o produto que inviabiliza o descongelamento em beira de leito
- Ressuspensão de SCUP
- _____

Estou ciente que o procedimento será realizado **produto com a seguinte condição especial:**

- Não se aplica
- Teste microbiológico em andamento:
- Teste(s) alterado(s):
 - microbiológico
 - triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue
 - _____
- _____

Observações: _____





**Solicitação de Descongelamento e Ressuspensão
de Células-Progenitoras Hematopoéticas
Criopreservadas**

CCD:

Nome do receptor: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de descongelamento e ressuspensão desta unidade de células progenitoras hematopoéticas da Medula Óssea do Sangue Periférico Mobilizado do Sangue de Cordão Umbilical e Placentário 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. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade descongelamento e ressuspensão do produto no dia da infusão e que pode haver perda celular neste procedimento.
4. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do transplante.
5. Estou ciente de que a entrega do produto ocorrerá no dia do transplante, após as 13h e que o produto deve ser infundido o mais rapidamente possível, sob perda constante e progressiva do número de células viáveis, visto que o dimetilsulfóxido (DMSO) não será removido.
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: ___/___/___ Carimbo: _____

