

**Infusão de Células-Progenitoras Hematopoéticas**

CCD: _____

Identificação do paciente

Nome completo: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ Prontuário: _____

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Diagnóstico: _____

Dados do transplanteFonte: CPH-SP CPH-MO CPH-SCUPModalidade: autólogo alogênico: aparentado não aparentadoCompatibilidade HLA: 10x10 8x8 6x6 Haplo _____Condicionamento: Mieloablativo Não mieloablativo Mel 200 BEAM BEAC BuCy BuMel BuFlu FluBu _____**Identificação da unidade**

Código de identificação das unidades: _____

Número de bolsas: _____

Dados do descongelamento (se pertinente):Método: Banho maria a 37° C _____

Intercorrências:

 não sim: _____

Procedimento complementar:

 não sim: diluição lavagem outros: _____**Dados da infusão:**

Data: ____/____/____

Hora início: _____:_____ e término: _____:_____

Dose células CD34+ infundidas ($\times 10^6$ células/kg de peso): _____

Dose de DMSO infundida (g/kg de peso, se pertinente): _____

Foi coletada amostra para teste microbiológico? não sim

	Infusão de Células-Progenitoras Hematopoéticas	CCD:
--	---	------

Sinais vitais:

	Pré			Pós
Frequência cardíaca				
Pressão arterial				
Temperatura				
Frequência respiratória				
Saturação O ₂				

Reações adversas:

- Rubor facial;
 Náusea
 Vômito
 Diarreia
 Encefalopatia.
 Cólica abdominal
 Cefaleia;
 Dispneia
 Hemoglobinúria
 Arritmia cardíaca
 Tremores
 Calafrios
 Febre
 Hipotensão ou Hipertensão arterial

Observações: _____

Centro transplantador: _____

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico responsável pelo procedimento:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Recebido no Cetebio por: _____

Data: ___/___/___

