

 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Autorização para Descarte de Unidade de Células Progenitoras Hematopoéticas ou de Concentrado de Linfócitos</p>	<p>CCD: _____</p>
--	---	-------------------

À equipe médica do Cetebio _____

Eu, Dr(a) _____,
 CRM MG _____, autorizo descarte da unidade de CPH-SP [sangue periférico mobilizado obtido por aférese] CPH-MO [medula óssea coletada por punção aspirativa], CPH-SCUP [sangue de cordão umbilical e placentário] Concentrado de Linfócitos criopreservada em ___/___/___, em ___ bolsas, identificadas com o código _____, proveniente do doador _____, nascido em ___/___/___, registro _____ para o paciente _____, nascido em ___/___/___, registro _____, portador de _____ que não tem mais indicação de ser mantida armazenada pelo motivo:

- celularidade inadequada
- viabilidade celular inadequada
- teste triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue alterado para: _____
- teste microbiológico positivo para: _____
- perda, dano ou inadequação para uso devido a: _____
- incompatibilidade HLA com o receptor
- óbito do receptor em ___/___/___
- exclusão do receptor do programa de transplante devido a _____
- _____

Atenciosamente,

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico responsável:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

