	Solicitação de Coleta, Processamento, Criopreservação e Armazenamento de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Uso Dirigido	CCD: _____
--	--	------------

Nome da gestante: _____

Documento: _____ Órgão expedidor: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Idade gestacional: _____

Data da última menstruação: ___/___/___ Data provável do parto: ___/___/___

Local provável do parto: _____

Sorologias: _____

Intercorrências na gravidez: _____

Grau de parentesco entre o bebê (doador) e o receptor:

- irmão (mesmo pai e mesma mãe);
- meio irmão (pai ou mãe diferente);
- _____

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ RG: _____ Órgão expedidor: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos Peso: _____ Kg

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


Diagnóstico: _____

Local tratamento: _____

Genotipagem HLA: A _____ B _____ Dr _____ (anexar laudo)

Resumo da história clínica (incluir fase do tratamento):



 <p>FUNDAÇÃO HEMOMINAS</p>	<p>Solicitação de Coleta, Processamento, Criopreservação e Armazenamento de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Uso Dirigido</p>	CCD:
--	---	------

Nome do receptor: _____

Termo de Responsabilidade

Declaro que há indicação da coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (SCUP) para uso alogênico aparentado da gestação corrente para tratamento do paciente acima citado portador de patologia que se enquadra nos critérios de transplante de células progenitoras hematopoéticas, previamente definidos nas normas técnicas em vigor.

A família e eu estamos cientes que, em algumas situações, a coleta do SCUP não poderá ser realizada pela equipe do Cetebio e que, portanto, nestes casos, será necessário que outro profissional realize a coleta, sob orientação e com material fornecido pelo Cetebio. O produto coletado será de uso exclusivo no paciente anteriormente citado e não poderá haver qualquer custo, relacionado a este processo, repassado à família.

Estamos cientes também que o produto coletado poderá ser descartado antes ou após o processamento, conforme critérios descritos no protocolo informativo, anexo ao termo de consentimento livre e esclarecido.

Comprometo-me a fornecer as informações necessárias sobre a evolução clínica do paciente em questão, sempre que solicitado, especialmente se o mesmo for excluído do programa de transplante e a preencher toda a documentação enviada pela equipe do Cetebio, referente ao procedimento por mim solicitado.

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

