

Obs: Favor preencher os campos pertinentes e dar um traço nos não pertinentes

Identificação do doador: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade ____ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Peso do doador aferido pelo setor de aférese no momento da coleta: _____ Kg

Identificação do receptor: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade ____ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Centro Transplantador: _____

Dados da coleta: Data: ____/____/____ Horário: início: ____:____ término: ____:____

Produto coletado:

☐ S1128 CPH, AFERESE | Citrato/XX/refg | Mobilizado

☐ S1307 CPH, AFERESE | Citrato +Heparina/XX/refg | Mobilizado

☐ S1126 CMN, AFERESE | Citrato/XX/refg

☐ S1459 CMN, AFERESE | Citrato +Heparin/XX/refg

☐ S1185 PLASMA CONCORRENTE, AFERESE | CITRATO/XX/refg | Para processamento posterior: produto do doador de células

☐ S1179 PLASMA CONCORRENTE, AFERESE | CITRATO+Heparina/XX/refg | Para processamento posterior: produto do doador de células

Colar etiqueta com o
"número" da doação

Nome e endereço da instituição responsável pela coleta:

☐ Serviço de aférese – HBH Alameda Ezequiel Dias 321, Belo Horizonte, MG

☐ _____

Equipamento/insumo utilizado:

☐ Spectra Optia Software versão ____ - Protocolo CMNC

Proporção "Inlet"/ACD-A = 1: ____

☐ _____

Dados do procedimento:

Dados do equipamento (MÁQUINA):	Valor
VST processado (volemias processadas)	
AC (anticoagulante) na bolsa de plasma	
AC (anticoagulante) na bolsa de coleta	
Plasma na bolsa de coleta	
Bolsa de plasma	
Bolsa de coleta (volume em mL)	
Sangue total processado (mL)	

Anticoagulante utilizado: ☐ ACD-A ☐ ACD-A + heparina ☐ _____

Quantidade de anticoagulante adicionado pelo operador às células: _____ mL

Quantidade total de anticoagulante na bolsa contendo as células: _____ mL

Houve intercorrência na coleta com necessidade de alteração do procedimento padrão? ☐ Não ☐ Sim: _____

O paciente/doador apresentou efeito adverso? ☐ Não ☐ Sim: _____

Comentários adicionais: _____

Responsável pela coleta: _____
(assinatura, nome completo legível e registro conselho)

Responsável pelo preenchimento: _____
(assinatura, nome completo legível, registro conselho e assinatura)

Preenchimento pelo médico responsável pelo procedimento de coleta por aférese:

Foi identificada alguma anormalidade na triagem clínica ou sorológica que acarreta na identificação do produto com rótulo de risco biológico? ☐ Não ☐ Sim:

Responsável: _____
(assinatura, nome completo legível e registro conselho)