



Requisição de Concentrado de Linfócitos
Criopreservado para Imunoterapia Pós-
Transplante



CCD: 333

Nome do doador: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

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

Tipo sanguíneo (ABO/RhD): _____

Nome do receptor: _____

Registro REDOME: _____ CPF: _____

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

Tipo sanguíneo (ABO/RhD): _____

Diagnóstico: _____

Nome da mãe: _____

Centro transplantador: _____

Fonte Pagadora: ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

Produto solicitado: Concentrado de Linfócitos Criopreservado

Dose de células CD3⁺/CD19⁺: _____ x 10⁶ células/Kg de peso corporal (informado no momento da criopreservação).

Há necessidade de ajuste da dose criopreservada? ☐ Não ☐ Sim _____

Data da infusão: ____/____/____

Data da entrega do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): ____/____/____

Data da retirada do contêiner de transporte a seco (*dryshipper*): ____/____/____

Local de entrega e retirada do contêiner de transporte a seco: _____

Considerando a relação risco-benefício do procedimento, solicito a liberação das unidades em condições especiais (necessidade médica urgente), devido a:

☐ Não se aplica.

☐ Teste(s) realizados em laboratório não certificado ou amostra obtida há mais de 7 (sete) dias da coleta do concentrado de linfócitos.

☐ Teste(s) em andamento:

☐ microbiológico

☐ _____

☐ Teste(s) alterado(s):

☐ microbiológico

☐ triagem para doenças passíveis de transmissão pelo sangue

☐ _____

☐ _____

Observações: _____

Nome do receptor: _____

Termo de responsabilidade

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação desta unidade de Concentrado de Linfócitos para fins de imunoterapia pós-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.
2. Declaro que, nos casos dos produtos que estou solicitando liberação como “necessidade médica urgente”, estou ciente de todas as outras opções de tratamento; discuti profundamente com o paciente ou com os seus responsáveis legais sobre os benefícios e os riscos do uso deste produto em particular e de outro produto (se disponível) e, após avaliação de todos os riscos e benefícios da utilização deste produto considerado inelegível ou com elegibilidade incompleta, estou optando por sua utilização terapêutica devido à necessidade médica urgente.
3. Declaro que o paciente acima, ou o seu representante legal, foi esclarecido sobre o procedimento, 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 termo de consentimento livre e esclarecido para a realização da infusão de linfócitos do doador e, quando pertinente, para o uso clínico de produto liberado devido à necessidade médica urgente. Comprometo-me a enviar cópia para o Cetebio do(s) referido(s) termo(s), antes da liberação do produto para transplante.
4. Comprometo-me a comunicar ao Cetebio, por telefone e meio eletrônico, os casos de cancelamento ou de adiamento do procedimento.
5. Estou ciente de que a entrega do contêiner de transporte a seco ocorrerá após as 10h, que esta pode ser agendada para o dia útil anterior ao procedimento, desde que o período máximo de permanência das células no centro transplantador, contado entre a entrega do material biológico e a infusão no paciente, seja de 24h. Caso contrário, essa entrega ocorrerá no dia da realização da infusão. O horário de entrega e retirada deste contêiner será acordado por meio eletrônico.
6. Responsabilizo-me pelo material biológico criopreservado e pelo contêiner de transporte a seco pelo período de tempo compreendido entre a entrega e a retirada deste contêiner, no local previamente determinado e comprometo-me a preencher e enviar o formulário referente ao recebimento das células em até 24h e a devolver o contêiner no mesmo dia ou no dia útil seguinte à realização do transplante.
7. Comprometo-me em preencher e enviar os formulários fornecidos pelo Cetebio, referentes à realização do procedimento em até 05 dias após a infusão do produto.

Responsável pela solicitação:

Nome Completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____