



**Solicitação de Descongelamento e Lavagem
de Concentrado de Linfócitos do Doador
Criopreservado**



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

Data da infusão: ____/____/____

Local de entrega do produto: _____

Indicação da lavagem:

- ☐ Paciente evoluindo com insuficiência renal
- ☐ Paciente evoluindo com insuficiência hepática
- ☐ Dose de dimetilsulfóxido (DMSO) > 1,0 g/kg de peso do receptor.
- ☐ Volume de hemácias congeladas superior a 0,5 mL/Kg
- ☐ Volume do produto criopreservado superior a 15 mL/Kg do receptor
- ☐ _____

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 de descongelamento e lavagem 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.
1. 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.
2. 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.
3. Declaro que o paciente e sua família foram esclarecidos sobre a necessidade descongelamento e lavagem do produto no dia da infusão e que neste procedimento pode haver perda significativa de células. Nestes casos, a equipe do Cetebio fará contato com a equipe responsável pelo transplante para definição quanto a melhor estratégia a ser utilizada.
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 produto ocorrerá no dia do procedimento, usualmente após as 13h e que o produto deve ser infundido o mais rapidamente possível, sob perda constante e progressiva do número de células viáveis.
6. 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: ____/____/____ Carimbo: _____