

|                                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Solicitação de Coleta e Criopreservação de Linfócitos do Doador para Imunoterapia pós Transplante ALOGÊNICO</b> |  |
|                                                                                   |                                                                                                                    | <b>CCD: 330</b>                                                                     |

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_

**Nome social:** \_\_\_\_\_ **GRID:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ DMR: \_\_\_\_\_ Código Registro Internacional: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Dados relevantes da avaliação clínica e laboratorial realizada pelo Centro Transplantador: ☐ nada digno de nota

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RMR/RMI: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Centro transplantador: \_\_\_\_\_

**Data prevista para a coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fonte pagadora: ☐ SUS ☐ Particular/Convênio

**Produto:** Concentrado de linfócitos coletado por aférese ☐ não mobilizado ☐ mobilizado

para uso alogênico ☐ aparentado ☐ não aparentado. Compatibilidade HLA: \_\_\_\_ x \_\_\_\_; ☐ haploide

**Infusões e doses programadas desejadas por kg de peso corporal do receptor**

☐ 1 x 10<sup>7</sup> CD3<sup>+</sup> ☐ 5 x 10<sup>7</sup> CD3<sup>+</sup> ☐ 1 x 10<sup>8</sup> CD3<sup>+</sup> ☐ \_\_\_\_\_

**Resultados de exames laboratoriais:**

| Teste laboratorial                 | Doador    |                    | Receptor  |                    |
|------------------------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|
|                                    | Resultado | Data da realização | Resultado | Data da realização |
| Tipagem ABO e RhD                  |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de anticorpos irregulares |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de traço falciforme       |           |                    |           |                    |
| Teste de gravidez                  |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de anti-HIV I e II        |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de anti-HTLV I e II       |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de anti-HCV               |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de anti-HBc               |           |                    |           |                    |
| Pesquisa de HBsAg                  |           |                    |           |                    |
| Sorologia para doença de Chagas    |           |                    |           |                    |
| Sorologia para Sífilis             |           |                    |           |                    |
| Sorologia para CMV (IgM)           |           |                    |           |                    |
| Sorologia para CMV (Ac.totais)     |           |                    |           |                    |

\* os testes laboratoriais devem ser realizados em laboratório certificado para realizar tais exames em humanos, em até 30 dias antes da coleta.

|                                                                                   |                                                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Solicitação de Coleta e Criopreservação de Linfócitos do Doador para Imunoterapia pós Transplante ALOGÊNICO</b> |  |
|                                                                                   |                                                                                                                    | <b>CCD: 330</b>                                                                     |

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

### **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Assumo toda a responsabilidade quanto à solicitação de coleta por aférese, aliquotagem e criopreservação desta unidade de linfócitos do doador para fins de imunoterapia pós-transplante no paciente acima, para o qual:

1. Declaro que o doador foi avaliado clínica e laboratorialmente e **encontra-se qualificado** para a doação/coleta de concentrado de linfócitos por aférese, em acordo com as normas técnicas vigentes.
2. Comprometo-me a solicitar a realização da análise crítica da unidade criopreservada e, se pertinente, agendar com antecedência de pelo menos 7 (sete) dias o descongelamento, a ressuspensão e o ajuste da dose de células CD3+ do produto a ser infundido futuramente.
3. Declaro que o doador, o paciente e sua família foram esclarecidos sobre o procedimento de coleta linfócitos por aférese, aliquotagem e criopreservação, estão cientes da possibilidade e autorizam o **descarte** das células nas seguintes situações:
  - a) unidades que não preencheram integralmente os critérios de qualificação para uso clínico e que, após avaliação conjunta realizada pelas equipes responsáveis pelo transplante e pelo processamento e considerada a relação risco-benefício da utilização clínica da mesma foi optado pelo descarte;
  - b) unidades coletadas para pacientes que foram excluídos do programa de transplante.
4. Comprometo-me a notificar o Cetebio se o paciente apresentar alguma reação transfusional relacionada com a infusão do produto, a enviar relatório médico sobre a evolução clínica do paciente, em intervalos regulares, justificando tecnicamente a necessidade de manutenção do armazenamento das unidades criopreservadas há mais de um ano.

### **RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_