

	<b>ENCAMINHAMENTO PARA COLETA DE CÉLULAS PRECURSORAS HEMATOPOIÉTICAS DO SANGUE PERIFÉRICO (CPHSP) / LINFÓCITOS</b>	FORM.AFET 02
		REV 00
		FI 1 de 02

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

**AO SERVIÇO DE AFÉRESE**

(  ) Autólogo | (  ) Alogênico aparentado | (  ) Alogênico - (  ) Nacional (  ) Internacional | (  ) Coleta de linfócitos

**IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR**

Nome do Doador:

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (  ) Fem (  ) Masc

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Prontoúario: \_\_\_\_\_

ABO/RH: \_\_\_\_\_ Uso de IECA: (  ) SIM (  ) NÃO PF: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR**

Nome do Receptor:

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (  ) Fem (  ) Masc

RG/CPF: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

ABO/RH: \_\_\_\_\_ Título de Anti-A: \_\_\_\_\_ Título de Anti-B: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Prontoúario: \_\_\_\_\_

EXAMES	DATA	CONCLUSÃO DOS RESULTADOS
Anti-HIV 1 e 2		
Anti HCV		
HbsAg		
Anti-HBc		
Chagas		
VDRL		
Anti HTLV I e II		
Teste de Gravidez		
NAT – HIV*		
NAT – HCV*		
NAT – HBV*		
Anti – CMV*		
Outros		

\* Somente para coleta alogênica.

**IMPORTANTE: É DEVER** da equipe solicitante observar as **NORMAS LEGAIS (ANVISA, RDC Nº 214/2018)**:

a. Exames realizados até 30 dias antes da coleta.

b. Teste de gravidez em mulheres em idade fértil (até 50 anos) até 7 dias antes da coleta.

**CRITÉRIOS DA CAPACIDADE CIVIL (CC 2002, ARTIGOS 3º, 4º E 5º E ESTATUTO DO ÍNDIO, ART. 8º)**

a. É absolutamente incapaz se: menor de 16 anos; não tiver discernimento; não puder exprimir a sua vontade.

b. É relativamente incapaz se: idade maior de 16 e menor de 18; discernimento reduzido (ébrios habituais; viciados em tóxicos; deficiência mental leve; indígena não integrado).

c. É capaz se: maior de 18 anos ou maior de 16 anos e emancipado na forma da lei, sem redução de discernimento, capaz de exprimir sua vontade e não é indígena.



**ENCAMINHAMENTO PARA COLETA DE CÉLULAS  
PRECURSORAS HEMATOPOIÉTICAS DO SANGUE  
PERIFÉRICO (CPHSP) / LINFÓCITOS**

FORM.AFET 02

REV 00

FI 2 de 02

**DOADORES ALOGÊNICOS**

1. Absolutamente incapazes: providenciar **AUTORIZAÇÃO JUDICIAL**.

2. Relativamente incapazes: a validade do Consentimento está condicionada a assistência necessária de seus representantes legais (pais, responsáveis legais, FUNAI).

**ESQUEMA DE ESTÍMULO DO DOADOR PARA A COLETA**

Quimioterapia: ( ) SIM ( ) NÃO

QTX:

Data de término:

Fator de Crescimento:

Dose:

Data de início:

Objetivo da coleta: > \_\_\_\_\_ Cédulas CD34 X 106 /kg\* e/ou > \_\_\_\_\_ Cédulas CD3+/kg\* (\*Kg do receptor)

Previsão do número de transplantes:

Data provável do TMO ou da Transfusão de Linfócitos:

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que, após avaliações, inclusive de seus antecedentes clínicos, e laboratoriais, o doador foi considerado qualificado e, após, foi selecionado pela equipe responsável pelo transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas e/ou pela transfusão de Linfócitos a ser realizada.

Médico:

CREMEC:

Assinatura:

Telefone para contato:

Eu, doador (a) de Células Progenitoras e/ou Linfócitos por aférese, autorizo que os resultados de meus exames sejam informados ao receptor e a equipe médica que realizará a transfusão destas células.

Estou ciente que pode haver falha no processo de mobilização de células progenitoras para o sangue periférico, desta forma a coleta por aférese pode não ser bem sucedida, podendo ser necessária a coleta da medula óssea.

Nome do Doador:

RG:

CPF:

UF:

Assinatura do doador:

Representantes Legais quando couber (\* conforme CC, 2002, artigos 3º, 4º e 5º):

Nome do representante:

RG:

CPF:

UF:

Assinatura do representante:

( ) Mãe ( ) Outro: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ - CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Observação:** Caso o doador apresente sorologia reagente previamente à coleta, será necessário preencher os dois campos abaixo:

Solicito coleta e armazenagem de células de um paciente/doador, com sorologia alterada, para uso terapêutico, pois as mesmas têm especial valor terapêutico para o receptor.

Dr. (a):

CREMEC:

Assinatura:

Eu, receptor de células progenitoras e/ou linfócitos por aférese estou ciente quanto à alteração da sorologia do doador acima, \_\_\_\_\_ e autorizo a transfusão destas células caso a equipe médica considere necessário.

Assinatura do receptor:

Representantes Legais quando couber (\* conforme CC, 2002, artigos 3º ao 5º e Estatuto do índio, art. 8º):

Nome do representante:

RG:

CPF:

UF:

Assinatura do representante:

( ) Mãe ( ) Outro: \_\_\_\_\_.