

[] Autólogo [] Alogênico

Fortaleza, _____ de _____ de 20_____.

PACIENTE: _____

CPF: _____

Data nascimento: _____ / _____ / _____

Peso _____ Kg

Diagnóstico: _____ Prontuário: _____

Hospital: _____

DOADOR: _____

Data nascimento: _____ / _____ / _____

Data Infusão: _____ / _____ / _____

Horário Infusão: _____

Coletas:

1º [] Quantidade de bolsas: _____ CD34 do volume TOTAL da coleta _____ Data da Coleta: ____ / ____ / ____

2º [] Quantidade de bolsas: _____ CD34 do volume TOTAL da coleta _____ Data da Coleta: ____ / ____ / ____

3º [] Quantidade de bolsas: _____ CD34 do volume TOTAL da coleta _____ Data da Coleta: ____ / ____ / ____

Quantidades de bolsas a infundir: _____

Volume total a infundir: _____

OBS:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA PARA INFUSÃO DE CTH EM SITUAÇÕES ESPECIAIS.

() Autorizo a infusão de CTH antes da conclusão dos testes microbiológicos em virtude da situação clínica do paciente. Estou ciente dos riscos a que possa estar submetido o (a) paciente referido (a) por autorizar tal conduta.

ASSINATURA E CARIMBO

Este formulário atende as exigências da Portaria RDC 214 de 07 de fevereiro 2018.