



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

FORM.AFET.0002

REV: 2

Data da solicitação: ____/____/____ Data da coleta: ____/____/____

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: _____ CPF: _____

Hospital: _____ Prontuário: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

Nome do Receptor:

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

RG: _____ CPF: _____

ABO/RH: _____ Título de Anti-A: _____ Título de Anti-B: _____

Peso: _____ Altura: _____ Cor: _____ Diagnóstico: _____

Hospital: _____ Prontuário: _____

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 – CV*		
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.

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).

	ENCAMINHAMENTO PARA COLETA DE CÉLULAS PRECURSORAS HEMATOPOIÉTICAS DO SANGUE PERIFÉRICO (CPHSP) LINFÓCITOS	FORM.AFET.0002
		REV: 2

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: _____.

_____ - _____, _____ 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: _____.