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

FORM.AFET.0002

REV: 4

Data da solicitação: _____ / _____ /_____	Data da coleta: _____ / _____ /_____

AO SERVIÇO DE AFÉRESE

( ) Autólogo	( ) Alogênico Aparentado	( ) Alogênico Haploidêntico
Alogênico não Aparentado: ( ) Nacional ( ) Internacional	Coleta de Linfócitos: ( ) Terapia Celular ( ) DLI	

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:	

PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE AFÉRESE

PF do Receptor:

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

***** Somente para coleta alogênica.

IMPORTANTE: <u>É DEVER</u> 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).

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:

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLETA COM SOROLOGIA ALTERADA

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:_____.

AVALIAÇÃO HEMOTERAPEUTA - PREENCHIMENTO PELO SERVIÇO DE AFÉRESE

Incompatibilidade ABO: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual incompatibilidade: ( ) Maior ( ) Menor ( ) Bidirecional

Diferença de peso entre doador e receptor: ( ) Sim ( ) Não

Valor da diferença:_____
*Considerar necessidade de ajuste do volume a ser processado.

Médico (a) responsável pela avaliação:

Data da avaliação: _____ / _____ /_____