

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 508 de 27 de Maio 2021.