

Data da solicitação: _____ / _____ / _____		Data da coleta: _____ / _____ / _____	
AO SERVIÇO DE AFÉRESE			
<input type="checkbox"/> Autólogo		<input type="checkbox"/> Alogênico Aparentado	
<input type="checkbox"/> Haploidêntico		Alogênico não Aparentado: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional	
Coleta de Linfócitos: <input type="checkbox"/> DLI <input type="checkbox"/> Terapia Celular: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO DOADOR			
Nome do Doador: _____			
Data de nascimento: _____		Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc
Peso: _____	Altura: _____	Cor: _____	CPF: _____
Hospital: _____		Prontuário: _____	
ABO/RH: _____	Uso de IECA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PF: _____
IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR			
Nome do Receptor: _____			
Data de nascimento: _____		Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 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			
Malária**			
Sorologia para Sífilis			
Anti HTLV I e II			
Teste de Gravidez			
NAT – HIV*			
NAT – HCV*			
NAT – HBV*			
NAT – MAL*			
Anti – CMV*			
Outros			
* Somente para coleta alogênica.			
** Obrigatório para doador proveniente de zona endêmica para malária para produtos KITE.			
IMPORTANTE: É DEVER da equipe solicitante observar as NORMAS LEGAIS (ANVISA, RDC Nº 214/2018 e RDC Nº836/23) :			
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.			
c. Exames realizados até 7 dias antes ou 7 dias após a coleta de CPH, para outros fins que não transplante convencional e de demais células.			
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		
Não aplicável ()	Uso de plerixafor programado: () SIM () NÃO	
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:	Enfermeiro (a) responsável pela dupla checagem:	Data da avaliação: ____/____/____