

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.

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).

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:	
Data da avaliação: _____ / _____ / _____	