

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*		
NAT – MALARIA**		
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 <b>AUTORIZAÇÃO JUDICIAL</b> .		
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		
<b>Observação:</b> 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: _____ / _____ / _____		