

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

**AO SERVIÇO DE AFÉRESE**

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

**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		
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)**:

- Exames realizados até 30 dias antes da coleta.
- 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)**

- É absolutamente incapaz se: menor de 16 anos; não tiver discernimento; não puder exprimir a sua vontade.
- 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).
- 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: _____ / _____ / _____	