



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome _____

Data de nascimento ____/____/____

Quarto/leito _____ N.A. _____

Data ____/____/____ Horário ____ h ____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a doação de células-tronco hematopoiéticas para transplante alogênico

Nome do doador _____ RG nº _____

Nome do receptor _____ RG nº _____

O transplante de medula óssea alogênico é aquele em que há um doador de células-tronco (células-mãe) para um receptor portador de uma doença com necessidade de troca da medula óssea doente por uma medula óssea saudável.

Este tipo de transplante é utilizado no tratamento de diversas doenças do sangue, tais como leucemias agudas, mielodisplasias, mielofibrose, anemia aplástica e, menos frequentemente, linfomas, leucemias crônicas e mieloma múltiplo.

A existência de um doador de medula óssea é imprescindível para a realização do transplante alogênico. O doador é selecionado por meio de um exame chamado tipagem HLA, no qual é avaliado o grau de compatibilidade entre o doador e o receptor (cliente).

Após a seleção do doador pela tipagem HLA, o doador será avaliado pelo médico (história clínica, exame físico e coleta de exames de sangue), que irá verificar se ele está apto ou não para a doação de células-tronco.

A doação poderá ser feita de duas formas:

Opção 1: no dia do transplante, o doador é levado ao Centro Cirúrgico, onde, sob anestesia geral ou peridural, é submetido a múltiplas punções dos ossos do quadril para a coleta de medula óssea. O volume a ser coletado é de 10 a 15 ml de medula óssea por kg de peso do receptor. A doação geralmente transcorre sem intercorrências, porém, complicações relacionadas à anestesia e/ou ao procedimento podem ocorrer. O procedimento será feito por equipe especializada. O doador poderá sentir dor no local das punções durante alguns dias, estando indicado o uso de analgésicos prescritos pelo médico. O doador permanecerá internado no hospital por um ou dois dias.

Opção 2: o doador receberá, em data determinada, um medicamento que estimula a produção de células-mãe (Filgrastim, Granulokine®), aplicado na forma subcutânea, por cinco a seis dias consecutivos. Após esse período, as células serão coletadas por um procedimento denominado aférese. Para isso, há necessidade de bom fluxo sanguíneo. Assim, para os doadores que não apresentam veias adequadas nos braços, será necessária a colocação de um cateter pela equipe da cirurgia vascular.

Esse cateter, de duas vias, é passado no Centro Cirúrgico sob anestesia em veia calibrosa. O cateter pode ser implantado na veia jugular (lateral do pescoço), na veia subclávia (sob a clavícula) ou na veia femoral (na região da virilha). Durante o procedimento de aférese, o sangue sai por uma das vias do cateter (ou de uma veia puncionada) e vai para a máquina processadora automática, onde as células progenitoras são retiradas e o sangue restante é devolvido pela outra via do cateter (ou pela outra veia puncionada). Todo o material utilizado é estéril, descartável, e o tempo de duração do procedimento é de 4 a 6 horas em média.

Riscos e eventos adversos mais comuns

(Filgrastim, Granulokine®): as reações mais comumente observadas são as dores ósseas e/ou musculares principalmente na região das costas e do quadril, que melhoram com o uso de analgésicos simples como paracetamol ou dipirona. Outras reações menos frequentes são: febre baixa, dores nas juntas, inchaço nas mãos e pés, cansaço, dor de cabeça, obstipação intestinal, diarreia ou eventualmente hipotensão (queda da pressão arterial). Muito raramente, pode ocorrer reação alérgica. Todas essas reações desaparecem após a suspensão do medicamento.

Cateter: as complicações que podem ocorrer são: lesão da veia e algumas vezes trombose, sangramento e/ou hematoma local. Muito raramente, pode ocorrer pneumotórax (perfuração do pulmão), perfuração de grandes vasos, punção arterial ou infecções bacterianas.



Para que o sangue não coagule na máquina de aférese, utiliza-se um medicamento chamado anticoagulante. Essa substância diminui temporariamente o cálcio no sangue, podendo provocar enjojo, fraqueza, formigamento ao redor da boca e/ou nas mãos e câimbras.

Durante o procedimento, é comum sentir frio, pois o sangue perde calor quando passa pelo equipamento.

O procedimento pode causar também redução temporária no número de plaquetas com resolução espontânea sem necessidade de tratamento.

Em caso de coleta de punção em quadril, é muito frequente a ocorrência de anemia, geralmente tratada com reposição de ferro por via oral ou endovenosa e resolvida em aproximadamente um mês após a coleta. Raramente, há a necessidade de transfusão de sangue.

Todo procedimento cirúrgico, incluindo a doação voluntária de órgãos e tecidos, pode desencadear ou mesmo exacerbar transtornos de ansiedade ou depressão, às vezes com necessidade de abordagem psicológica.

Em qualquer momento, o doador pode desistir do processo de doação de células.

A unidade de transplante de medula óssea do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo é membro dos principais registros brasileiros e internacionais de transplante de medula óssea e, com isso, contribui com dados para esses registros de forma anônima. Os registros existem para que haja um retrato da casuística e resultados do transplante de medula óssea com apresentações dos dados científicos nos principais congressos da especialidade de forma anônima. Esses dados contribuem para o melhor entendimento dos transplantes sendo realizados no mundo e propicia o avanço dos resultados dos transplantes realizados no Brasil e em outros países. Atualmente mais de 400 centros de transplante participam desses registros no mundo e contribuem com dados. Com isso, pedimos a sua permissão para que possamos incluir os seus dados nesses registros de forma anônima.

Concordo que meus dados sejam incluídos em registros nacionais e internacionais de transplante de medula óssea.

Não concordo que meus dados sejam incluídos em registros nacionais e internacionais de transplante de medula óssea.

Li e entendi as informações acima mencionadas, recebi as explicações necessárias e autorizo, de forma voluntária, a realização do procedimento como foi exposto no presente termo.

Para este procedimento serei apoiado por um mediador/conselheiro que me ajudará na decisão sem coação.

Opção 1 – aspiração por punção de quadril.

Opção 2 – coleta de sangue periférico.

Nome completo _____

Assinatura do cliente/responsável _____

Médico, carimbo e CRM _____