

Godkännande för skörd av celler

Gult = informationsfält, vitt = ifyllnadsfält

SCT-ansvarig läkare Hematologi, SUS Lund BUS, SUS Lund Onkologi, SUS Lund		Telefon 046 - 172318 046 - 178064 046 - 172487/-88		Personnummer Namn (Efternamn, Förnamn)	
Remitterande avdelning:		<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Besläktad donator	
		<input type="checkbox"/> Registerdonator, GRID:			
Datum för skörd:		<input type="checkbox"/> Perifer stamcellsskörd		<input type="checkbox"/> Skörd för DLI	
		<input type="checkbox"/> Skörd av MNC		<input type="checkbox"/> Benmärgsskörd	
Klinisk information (övriga sjukdomar, läkemedel, allergier):					
Predonations-utredning <i>Utredning autolog stamcellsskörd – checklista S02.04 resp. Utredning besläktad donator– checklista S.02.05</i>				Datum för evaluering	
A. Utredning (Anamnes, fysikalisk status, organfunktion)					
B. Hälsodeklaration (endast allogen donator)					
Kommentar avvikande utredningsresultat inkl. riskbedömning för donator och/eller mottagare av celler, samt planerad uppföljning av donatorn					
<i>Donatordokumentation – instruktion S02.07</i>					
C. Serologier (max 30 dagar gamla vid skörd)		Neg	Pos	Kommentar	Datum för provtagning
Hepatit B virus (HBsAg, anti-HBc)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hepatit C virus (anti-HCV)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV (anti-HIV 1 och anti-HIV 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HTLV (anti-HTLV-1 och anti-HTLV 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Syfilis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D. Graviditetstest (endast kvinnor < 50 år, max 7 dagar gammalt vid mobiliseringsstart)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	
Kommentar (om positivt utfall av virusserologi, bifoga svarskopia):					
E. Samtycke Insändandet av denna blankett bekräftar att patienten/donatorn (alt.vårdnadshavaren) har informerats och samtycker till att genomgå skörd av celler, samt att celler och tillhörande personuppgifter får sparas för avsedda ändamål enligt samtyckesinformationen. (Se <i>Intranätet/VO hematologi, onkologi och strålningsfysik/Rutiner_Instruktioner_Hematologi/SCT</i>)				<input type="checkbox"/> Nej, patienten/donatorn samtycker inte till att prov sparas, Nej-talong bifogas <input type="checkbox"/> Patienten/donatorn är oförmögen att lämna samtycke till att prov sparas	
F. Samtycke till läkemedelstillverkning av skördade celler har inhämtats från donatorn				Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
G. Tillstånd att få tillvarata celler från underårig donator har inhämtats				Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
Endast vid perifer skörd					
Eventuell blodtrycksmedicin har utsatts senast dagen innan planerad skörd				Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
Patienten har fått ordination på och tillgång till de läkemedel som ska tas under skörd				Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>

SCT-ansvarig läkare: Patienten/donatorn är godkänd för skörd av celler	Datum	Underskrift	Namnförtydligande
--	-------	-------------	-------------------