

Remiss för mottagande och hantering av celler

Gult = informationsfält, vitt = ifyllnadsfält

SCT-koordinator:	Tel: 046-17 32 23		Recipient Personnummer Namn (Efternamn, Förnamn)
KIT:	Tel: 046-17 32 20 Fax: 046-17 32 26		
Remitterande avdelning:			
Ansvarig läkare Namn:			
	Tel:		
Remissdatum:			EMDIS-kod (recipient):
Datum för skörd dag 1 + ev. dag 2:			Diagnos:
Datum för ankomst till KIT:			Vikt recipient (kg):
			Blodgrupp recipient:
Allogena celler <input type="checkbox"/> HSC, aferes <input type="checkbox"/> HSC, benmärg <input type="checkbox"/> T-celler (skörd för DLI) <input type="checkbox"/> HSC, navelsträng			
Donator	<input type="checkbox"/> Registerdonator <input type="checkbox"/> Besläktad donator		
GRID /Namn:			Vikt donator (kg):
Personnummer:			Blodgrupp donator:
Önskad celldos till SCT/DLI:	CD34x10 ⁶ /kg (SCT):	CD3x10 ⁶ /kg (DLI):	TNCx10 ⁸ /kg (SCT):
			(Vid benmärg)
Önskad bearbetning Aferes:	<input type="checkbox"/> Plasmareduktion (minor ABO mm)	<input type="checkbox"/> Infrysning av överskott för DLI	<input type="checkbox"/> T-cells depletion till < 1x10 ⁵ TCRα/β+/kg
Benmärg:	<input type="checkbox"/> Volymreduktion/ Plasmareduktion (minor ABO mm)	<input type="checkbox"/> Erytrocytreduktion (major ABO mm/infrysning)	<input type="checkbox"/> Återgivning RBC
Navelsträngsblod:	<input type="checkbox"/> Tvätt av fryst, tinat navelsträngsblod		
Autologa celler <input type="checkbox"/> HSC, benmärg <input type="checkbox"/> HSC, aferes <input type="checkbox"/> MNC, aferes			
Önskad celldos till SCT:	TNCx10 ⁸ /kg: (Vid benmärg)	CD34x10 ⁶ /kg:	
Önskad bearbetning Benmärg:	<input type="checkbox"/> Erytrocytreduktion för infrysning	<input type="checkbox"/> Återgivning RBC	
Aferes:	<input type="checkbox"/> Infrysning för enkel graft	<input type="checkbox"/> Infrysning för seriegraft	<input type="checkbox"/> Infrysning för trippelgraft
Utlåtande KIT			
SCT-läkare KIT			
Namn		Datum	