

## Remiss för perifer skörd och hantering av celler

Gult = informationsfält, vitt = ifyllnadsfält

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>SCT-koordinator:<br/>KIT:</b>   | Tel: 046-17 32 23<br>Tel: 046-17 32 20<br>Fax: 046-17 32 26  | <b>Personnummer<br/>Namn</b> (Efternamn, Förnamn)   |   |
| <b>Remitterande<br/>avdelning:</b>   |  |   |   |
| <b>Ansvarig läkare<br/>Namn:</b>   |  |   |   |
| <b>Tel:</b>  |  | <b>OBS! Serologier max. 30 dagar gamla vid skörd.</b><br>(HBsAg, anti-HBc, anti-HCV, anti-HIV 1 och 2, anti-HTLV 1 och 2, Syfilis)  |   |
| <b>Remissdatum:</b>  |  |   |   |
| <b>Klinisk information</b><br>Övriga sjukdomar, läkemedel, allergier:  |  |   |   |
| <b>Datum för kärllinspektion Pat/Donator på avd:</b>   |  |   |   |
| <b>Autolog skörd</b> <input type="checkbox"/> Perifera stamceller <input type="checkbox"/> Skörd av MNC (mononukleära celler)                            |  |   |   |
| <b>Diagnos:</b>  |  | <b>Vikt patient (kg):</b>   |   |
| <b>Mobiliseringsregim<br/>Cytostatika:</b>   |  | <b>Fr.o.m.</b>  | <b>T.o.m.</b>   |
| <b>G-CSF:</b>  |  | <b>Fr.o.m.</b>  |   |
| <b>Bearbetning och<br/>stamcellstillförsel</b>   | Infrysning för:<br><input type="checkbox"/> Enkel graft <input type="checkbox"/> Dubbel graft <input type="checkbox"/> Trippel graft | Önskad celldos CD34+ till SCT:<br><input type="checkbox"/> > 4x10 <sup>6</sup> /kg <input type="checkbox"/> > 6x10 <sup>6</sup> /kg |   |
| <b>Allogen skörd</b> <input type="checkbox"/> Perifera stamceller <input type="checkbox"/> Skörd för DLI (Donator Lymfocyt Infusion)                     |  |   |   |
| <b>Donator</b>   | <input type="checkbox"/> Besläktad donator<br><input type="checkbox"/> Registerdon, GRID: <input type="text"/>                       | <b>Vikt don. (kg):</b>  | <b>Blodgrupp don.:</b>  |
| <b>Recipient<br/>Personnr., Namn:</b>  |  |   |   |
| <b>Diagnos:</b>  |  | <b>Vikt rec.(kg):</b>   | <b>Blodgrupp rec.:</b>  |
| <b>Önskad celldos<br/>till färsk SCT/DLI:</b>  | CD34x10 <sup>6</sup> /kg till SCT:   | CD3x10 <sup>6</sup> /kg till DLI:   | <b>Datum och avd. för SCT/DLI:</b>  |
| <b>Önskad<br/>bearbetning:</b>   | <input type="checkbox"/> Plasmareduktion<br>(minor ABO mm)   | <input type="checkbox"/> Infrysning av<br>överskott för DLI   | <input type="checkbox"/> T-cells depletion till<br>< 1x10 <sup>5</sup> TCRα/β+/kg |
| <b>Utlåtande KIT</b>   |  |   |   |
| <b>CD34+ mätning</b> (6 mL natriumheparinrör till Tp-lab, flöde) <b>och tid för skörd</b>  |  |   | <b>Datum:</b>   |
| <b>Kärlaccess</b> <input type="checkbox"/> Armveckskärl <input type="checkbox"/> Behov av femoraliskateter (dubbellumen)<br>Kontakta Dialys/Barnanestesi |  |   |   |
| Bearbetning och SCT/DLI av färska celler:  |  |   |   |
| SCT-läkare KIT   |  |   |   |
| Namn   |  | Datum   |   |