

Remiss för perifer skörd och hantering av celler

Gult = informationsfält, vitt = ifyllnadsfält

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