

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 | | | |
| Registerkod /Namn: | | | | Vikt donator (kg): |
| Personnummer: | | | | Blodgrupp donator: |
| Önskad celldos till SCT/DLI: | CD34x10 ⁶ /kg (SCT): | CD3x10 ⁶ /kg (DLI): | TNCx10 ⁸ /kg (SCT): | Datum och avd. för SCT/DLI: |
| | | | (Vid benmärg) | |
| Önskad bearbetning Aferes: | <input type="checkbox"/> Plasmareduktion pga minor ABO-inkomp. | <input type="checkbox"/> Infrysning av överskott för DLI | <input type="checkbox"/> T-cells depletion till < 1x10 ⁵ TCRα/β+/kg | |
| Benmärg: | <input type="checkbox"/> Enkel Buffy Coat sep. | <input type="checkbox"/> Dubbel Buffy Coat sep. | <input type="checkbox"/> Återgivning erythrocyter | |
| Navelsträngsblod: | <input type="checkbox"/> Tvätt av fryst, tinat navelsträngsblod | | | |
| Autologa celler <input type="checkbox"/> HSC, benmärg <input type="checkbox"/> HSC, aferes | | | | |
| Önskad celldos till SCT: | TNCx10 ⁸ /kg: | CD34x10 ⁶ /kg: | | |
| | (Vid benmärg) | | | |
| Önskad bearbetning Benmärg: | <input type="checkbox"/> Enkel Buffy Coat sep. | <input type="checkbox"/> Återgivning erythrocyter | | |
| Aferes: | <input type="checkbox"/> Infrysning för enkel graft | <input type="checkbox"/> Infrysning för seriegraft | <input type="checkbox"/> CD34+ selektion | |
| Utlåtande KIT | | | | |
| | | | | |
| SCT-läkare KIT | | | | |
| Namn | | | Datum | |