

## Godkännande för skörd av celler

Gult = informationsfält, vitt = ifyllnadsfält

<b>SCT-ansvarig läkare</b> Hematologi, SUS Lund BUS, SUS Lund Onkologi, SUS Lund	<b>Telefon</b> 046 - 172318 046 - 178064 046 - 172487/-88	<b>Personnummer</b>		
<b>Remitterande avdelning:</b>		<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Besläktad donator	
		<input type="checkbox"/> Registerdonator, GRID:		
<b>Datum för skörd:</b>		<input type="checkbox"/> Perifer stamcellsskörd	<input type="checkbox"/> Skörd för DLI	<input type="checkbox"/> Benmärgsskörd
<input type="checkbox"/> Skörd av MNC				
<b>Klinisk information</b> (övriga sjukdomar, läkemedel, allergier):				
<b>Predonations-utredning</b> <i>(enligt Autolog stamcellsskörd – utredning checklista resp. Besläktad donator – utredning checklista)</i>				<b>Datum för evaluering</b>
<b>A. Utredning</b> (Anamnes, fysikaliskt status, organfunktion)				
<b>B. Hälsodeklaration</b> (endast allogen donator)				
<b>Kommentar</b> (ange avvikande utredningsresultat inklusive medicinsk riskbedömning för givare och/eller mottagare av celler):				
<b>C. Serologier</b> (max 30 dagar gamla vid skörd)	<b>Neg</b>	<b>Pos</b>	<b>Kommentar</b>	<b>Datum för provtagning</b>
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"/>		
<b>D. Graviditetstest</b> (endast kvinnor < 50 år, max 7 dagar gammalt vid mobiliseringsstart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ej aktuellt	
<b>Kommentar</b> (om positivt utfall av virusserologi, bifoga svarskopia):				
<b>E. Samtycke</b> 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 Intranätet/VO hematologi, onkologi och strålningsfysik/ Rutiner Instruktioner Hematologi/SCT)			<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	
<b>F. Samtycke till läkemedelstillverkning av skördade celler har inhämtats från donatorn</b>			Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
<b>G. Tillstånd att få tillvarata celler från underårig donator har inhämtats</b>			Ja <input type="checkbox"/>	Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
<b>Endast vid perifer skörd</b>				
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"/>

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