

REKVISISJON FOR HØSTING / PROSESSERING / KVALITETSKONTROLL AV CELLER

Ønsket dato for høsting/prosessering/kontroll:	XX.XX.XX		Avdeling: 4SØR	
Pasient / mottakers navn:			NPRid:	
Pasient / mottakers fødselsnummer:				
Pasient / mottakers vekt og høyde:	Kg xxxx	Cm xxxx		
Diagnose/ eventuelle tilleggsdiagnoser:	XXXXXX		Evt. antikoagulerende medikamenter:	
Donors navn:			DIPS navnelapp	
Familiegiver ☐ Ubeslektet ☐				
Donors fødselsnummer/ Donors kode:				
Donors vekt og høyde:	kg	Cm		
Type produkt		Min. og max. Antall celler til frysing	Ønsket antall fryste celler i reserve	
Autolog CD34+ stamceller/ HPC, aferese:		min. 2,0 x 10 ⁶ /Kg		
Hvis flere høydosebehandlinger planlegges:				
HMMASc	Ønsket antall celler forsk	Ønsket antall fryste celler	Ønsket antall fryste celler	
Allogene CD34+ stamceller/ HPC, aferese:				
CD3+ T-celler/ TC-T celler (DLI)	1. inf:	2.inf:	3.inf:	
Autolog benmarg/ HPC, marg: ☐				
Allogen benmarg/ HPC, marg: ☐				
Fjerning av erythrocytter:	Benmarg/ HPC, marg ☐		PBPC/ HPC, aferese ☐	
Fjerning av plasma:	Benmarg/ HPC, marg ☐		PBPC/ HPC, aferese ☐	
Annet:				
Mobiliseringsskur:	XXX		Startdato: XX Avsluttdato: XX	
Navn og dose vekstfaktor:	Accofil 1mill.IE/Kg/døgn		Startdato: XX	
Viruscreening (tatt innen 30 dager før aferese) Prøvetakingsdato: XX	HIV antigen/ antistoff / anti HIV.... .. Positiv ☐ Negativ ☐ Hepatitt B (HBsAg og Anti-HBc)/ Hepatitis B.. Positiv ☐ Negativ ☐ Hepatitt C virus antistoff /Hepatitis C..... Positiv ☐ Negativ ☐ Treponema antistoffer/Treponema pallidum..Positiv ☐ Negativ ☐			
Foreligger signert samtykkeskjema til høsting av stamceller i DIPS?	Ja			
Kommentar: Signatur/ dato:				

Skjemaet sendes til Seksjon for celleterapi

