

Patientid
Adress
Tel, inkl mobil
Målsman

Skickas till:
BMT-överläkare, Sektionen för hematologi och koagulation
Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Längd (cm)

Vikt (kg)

REMISS LEUKAFERES PÅ BARN

Inför autolog stamcellsskörd

Inför CAR-T behandling

Remissdatum

Remitterande läkarPAL

Klinik

DIAGNOSRELATERADE UPPGIFTER

Diagnos

Anamnes, ev andra diagnoser samt aktuell medicinering

Nuvarande behandlingsprotokoll /vårdprogram

Specifik indikation för leukaferes?

Tidigare behandlingsregimer observera kontraindikerande behandlingar inför CAR-T leukaferes

RISKBEDÖMNING INFÖR LEUKAFERES

Nuvarande njurfunktion?

Nuvarande hjärtfunktion?

Nuvarande lungfunktion?

Diabetes ?

Pågående infektion?

Smittester enligt Rutin pos neg Datum

Allmän bedömning: Bedöms patienten klara av att genomgå leukaferes? Ja Nej

Sederingsbehov under aferes? Ja Nej

*Kommentarer, kompletteringar från svarsalternativ ovan

PLANERING, ÖNSKEMÅL OM AFERESVECKA

1) Inför stamcellsskörd, planerad mob.beh

Behandlingsstart

GCSF start

Önskad aferesvecka

Önskat antal CD34x10*6/kg

Antal planerade transpl.

2) Önskad aferesvecka inför CAR-T Alt.1

Alt.2

Är patient/målsmän informerade om, och har samtyckt till, remiss och planering? Ja Nej