B9 Bilaga 2 Checklista inför granulocytgivning

Givare: **personnr:**

Utfört:	
	I samband med informationssamtal:
	Informationsbroschyr
	Skriftlig hälsodeklaration
	Skriftligt samtycke
	Inspektion av perifera vener:
	Hb, LPK, TPK, EVF, diff
	CRP, SR
	Na, K, jon Ca, Kreat, ASAT, ALAT, ALP, Bili,
	p-glucos
	anti-Hbs, HbsAg, anti-HCV), HIV 1+2, Anti-HIV 1+2*
	Om givaren är anhörig dessutom: anti-Hbc, HTLV I + II (är redan taget på tromb.givare)
	Om antingen givare eller mottagare är CMV-neg: CMV (IgG och IgM) *
	Lues (syfilis) *
	Blodgruppering, IAT, DAT
	Gravtest på kvinnor < 50 år (max 7 dagar gammal vid G-SCF-start)
	Längd och vikt

	Prover i samband med granulocytgivning:
	Hb, LPK, TPK, EVF, diff
	Na, K, jon Ca
	P-glucos
	Blodgruppering (omkontroll)
	MG-test

* =Max 28 dagar gamla prover

rev 4

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Aferesmottagningen, Sektionen för hematologi och koagulation
ADRESS Bruna Stråket 5, 413 45 Göteborg
TELEFON växel 031-342 00 00, direkt 031-342 73 70