

**RUTIN****C4 Bilaga 2 Checklista Poliklinisk stamcellstransplantation med melfalankonditionering på Myelomteamet SU/S****Innehållsansvarig:** Anna Söderstrand, transplantationskoordinator**Godkänd av:** Martin Stenson, Sektionschef**Denna rutin gäller för:** Sektionen för hematologi och koagulation**Patient:** \_\_\_\_\_ **Personnr:** \_\_\_\_\_**Bokningar (görs av transplantationskoordinator):**Utfört,  
sign.

CVK-inläggning	Mottagn: Myelomteamet	Datum:	kl.	CVK-tid: kl.
Kontrollröntgen	Mottagn: Myelomteamet	Remiss för drop in skickas		
Melfalan	Mottagn: Myelomteamet	Datum:	kl.	
Transplantation	Mottagn: BMT-mott	Datum:	kl.	

**Dag -3 CVK inläggning (läkarbesök Myelomteamet)**Utfört,  
sign.

Beställ transport till CVK-inläggning

Prover: Hb, LPK, TPK, diff, Na, K, Ca, prot, krea, ASAT, ALAT, ALP, Bili, urat, CRP, APTT, PTK, LD, SR, DAT

Kontrollera att det finns is inför melfalanbehandling

CVK bedömd av läkare och är godkänd att använda

**Dag -2 Melfalanbehandling (sjuksköterskebesök Myelomteamet)**Utfört,  
sign.

Inf Melfalan iv enligt ordination i Cytobase samt isbehandling enligt bilaga 3 Rutin C4

Information gällande relevanta delar i Rutin C10 bilaga 1, Checklista: Omvårdnad vid stamcellstransplantation

Instruera patienten att föra vätskelista (skicka med listor) och att dricka minst 1,5 liter per dygn samt att höra av sig till myelomteamet dagtid och avd 141 utanför kontorstid om patienten kräks, inte kan dricka eller inte kan ta sina tabletter.

**Dag 0 Autolog stamcellstransplantation (läkarbesök BMT-teamet)***Utfört,  
sign.*

Cellinfusion enligt Rutin C1-7

Prover: Hb, LPK, TPK, CRP, Na, K, Ca, Krea, ASAT, ALAT, ALP, Bili

Fortsatt information enligt Bilaga 1, Rutin C10 Checklista: Omvårdnad vid stamcellstransplantation samt instruera patienten att höra av sig vid eventuella avvikelser

Överrapportering till avd. 141 för kontakt under helg

**Telefonkontakt med hemmavarande patient. DOKUMENTERAS ALLTID I MELIOR!**

Inläggning avd 141 senast dag +4.

Kontrollera allmäntillstånd, vätskeintag, antal eventuella kräkningar eller diarréer. Kunnat ta tabletter? Feber? Överväg inläggning. Kontakta BMT-läkare eller hematologjour vid behov.

**Vem ska ringa?:****Utfört datum /sign.**

Dag -1

Dag +1

Dag +2

Dag +3