

RUTIN**C4 Bilaga 4 Checklista Melfalanbehandling i VGR inför autolog HSCT****Innehållsansvarig:** Anna Söderstrand, transplantationskoordinator**Godkänd av:** Martin Stenson, Sektionschef**Denna rutin gäller för:** Sektionen för hematologi och koagulation**Patient:** _____**Personnr:** _____**FÖRBEREDELSE**

- PTU (pretransplantationsutredning) påbörjad
- Pat informerad om PTU, melfalanbehandling och autolog stamcellstransplantation
- PTU klar samt bedömd av ansvarig läkare på hemsjukhus (inkl. remissionsutvärdering)
- PTU-svar skickade till BMT SU/S
- Information om att patienten är godkänd av BMT-överläkare mottaget
- CVK-remiss skickad (inkl. röntgen CVK-läge)
- CVK-inläggning bokad
- Vid pågående antikoagulantibehandl, patient informerad om uppehåll inför CVK-inläggn.
fr.o.m. _____ t.o.m. _____
- Behandlingsöversikt (rutnät) mottaget från BMT SU/S
- Cytostatika beställd utifrån behandlingsöversikt (dubbelsignering)
- Is finns klar inför melfalanbehandling

BEHANDLING OCH TRANSPLANTATION**Dag -3 datum:** _____ **CVK inläggning**

- Prover: Hb, LPK, TPK, diff, Na, K, jonCa, prot, krea, ASAT, ALAT, ALP, Bil, urat, CRP, APTT, PK, LD, SR, DAT
- Blodtryck, puls, temp, pox, vikt (utgångsvärden)
- Start av medicinering enligt behandlingsrutnät
- Röntgenkontroll CVK-läge
- Svarkopia på röntgenkontroll CVK-läge till BMT SU/S

Dag -2 datum: _____ **Melfalanbehandling**

- Negativt covidsvaret innan melfalanbehandling
- Melfalanbehandling enligt rutnät samt isbehandling enligt rutin
- Dubbelsignering i Cytobase (både läkare och ssk)
- Instruktion om att forera vätskelista och dricka minst 1,5 L per dygn om patienten är hemma mellan behandling och TX samt att höra av sig vid eventuella kräkningar, svårigheter att äta och dricka eller att ta tabletter
- Transportbeställning till BMT-mott SU/Sahlgrenska, Bruna Stråket 5 transplantationsdagen (Obs, patienten ska inte köra egen bil!)

Telefonkontakt dagligen om patienten kommer att vara helt eller delvis i hemmet Dag -1 t.o.m. Dag +3, se nästa sida.

RUTIN

C4 Bilaga 4 Checklista Melfalanbehandling i VGR inför autolog HSCT

Dag 0 datum: _____ **Autolog stamcellstransplantation**

- Prover: Hb, LPK, TPK, CRP, Na, K, Ca, Krea, ASAT, ALAT, ALP, Bil (tas på BMT om patienten kommer hemifrån)

Stamcellstransplantation BMT-mottagningen Hema, Sahlgrenska, Bruna Stråket 5, Plan 5.
Efter transplantation, vanligtvis ca kl. 15 återgår patienten till hemmet eller vårdavdelning hos er för fortsatt vård

Telefonkontakt med hemmavarande patient t.o.m. D+4. DOKUMENTERAS ALLTID I JOURNAL!

	Vem ska ringa?:	Utfört datum/signatur
Dag -1	_____	_____
Dag +1	_____	_____
Dag +2	_____	_____
Dag +3	_____	_____

Kontrollera allmäntillstånd, vätskeintag, antal eventuella kräkningar eller diarréer. Kunnat ta tabletter? Feber? Kontakta ansvarig läkare vid behov, överväg tidigare inläggning.