

D1 Bilaga 3 Planering av CAR-T

<i>Patientuppgifter</i>	<i>UPN</i>	
Personnummer:	Namn:	
Diagnos:		
Blodgrupp:	Längd:	Vikt:
Sammanfattning av utredning inför CAR-T (se även Melioranteckning och labsvar):		
Sjukdomsstatus, remissionsbedömning (inkl ev tumörvolum och LD):		
Antikoagulantibehandling? Ja Nej	Preparat:	
Uppehåll inför CVK-inläggning datum:		
Inläggning:	CVK-tid:	
Behandlingsstart:	Konditionering:	
Cytostatika beställt Ja Nej		
Dexametason profylaktiskt mot CRS/ICANS Ja Nej		
Datum för CAR-T-cellsinfusion:		
Transfusionsgränser Hb:	TPK:	
Celler finns på stamcellslab (mängd)		

Datum:

Underskrift BMT-överläkare

Rev 2 240131