

Dokumentet gäller för: Sektionen för Hematologi och Koagulation

Innehållsansvarig: Jan-Erik Johansson, Överläkare, BMT-Överläkare, PD, CPD, ACFMD, MCFMD

Godkänd av: Martin Stenson, Sektionschef

A7 Bilaga 3 Planering av AUTOLOG HSCT

Patientuppgifter		UPN nr:	
Personnummer:	Namn:		
Diagnos:			
Blodgrupp:	Längd:	Vikt:	
Sammanfattning av pretransplantationsutredning (se även Melioranteckning och labsvar):			
Sjukdomsstatus, remissionsbedömning:			
Antikoagulantibehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Preparat:	
Uppehåll inför CVK-inläggning datum:			
Inläggning:	CVK-tid:		
Behandlingsstart:	Konditionering:		
Cytostatika ordinerad i Cytobase <input type="checkbox"/>	Cytostatika dubbelsign. & beställd i Cytobase <input type="checkbox"/>		
Transplantationsdatum:	Transfusionsgränser Hb:	TPK:	
Celler finns (mängd):	Celler beställt (CD34 resp antal påsar):		

Datum: _____ Underskrift BMT-överläkare _____