

**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 6 Planering av ALLOGEN HSCT

Genomgång av pretransplantationsutredning och donatorutredning samt underlag för identifiering av rätt donator till rätt patient vid cellinfusion (PBSC, BM, DLI)

<b>Patientuppgifter</b>		<b>UPN nummer:</b>	
<b>Personnummer:</b>		<b>Namn:</b>	
Pat EMDIS-kod + kod i don.reg (URD):			
Diagnos:			
Blodgrupp:	CMV:	EBV:	Toxoplasma:                      Längd:                      Vikt:
Sammanfattning av pretransplantationsutredning (se även Melioranteckning i MED29 samt labsvar):			
Sjukdomsstatus, remissionsbedömning			
Sorrow score:			
Antikoagulantibehandling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Preparat:	
Uppehåll inför CVK-inläggning datum:			
Inläggning avd 141		CVK-tid:	
Behandlingsstart:		Konditionering:	
Transplantationsdatum:		Transfusionsgränser Hb:	TPK:
Cytostatika ordinerad i Cytobase:		Cytostatika dubbelsign. & beställd i Cytobase:	
GVHD-profylax/CyA konc:			
<b>OBSERVANDUM</b> (kryss i ruta av BMT-öl):			
<input type="checkbox"/> Extra infusion + diuretika på Tx-dag pga:			
<input type="checkbox"/> Annan specifik åtgärd:			
<b>Donatoruppgifter</b>			
Typ av donator	<input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> URD <input type="checkbox"/> PBSC <input type="checkbox"/> Benmärg		
Pers.nr (RD) / Don.kod (URD)		Namn (RD) / Reservnr (URD)	
Register (URD):	Kön:	Blodgrupp:	
HLA-matchning:	CMV:	EBV:	
Donator godkänd (datum):	Planerad skörd (datum):		
Kommentar om donatorutredning:			

Datum:

Underskrift BMT överläkare.....