

Hauptdokument Anforderung G-CSF mobilisierter hämatopoetischer Stammzellen zur allogenen Transplantation nach Kryokonservierung	Code PKV H-023- V. 08	Dokumenttyp REC		 Cell Therapy Stem Cell Transplantation
		Gültig ab 27.07.2023	Gültig bis 26.07.2025	

Anforderung G-CSF mobilisierter hämatopoetischer Stammzellen zur allogenen Transplantation nach Kryokonservierung

Patient				
Basisdaten	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Patient-ID		Behandelnde Klinik/ Station	
	Blutgruppe		Gewicht	_____ kg
	Diagnose	_____ beschreiben		
Status	Aktueller Remissionsstatus	_____ beschreiben	Serostatus	EBV ☐ Nein ☐ JA CMV ☐ Nein ☐ JA
	Vorausgegangene Transplantationen	☐ Auto / ☐ Familie / ☐ Fremd	Studieneinschluss	☐ Nein ☐ JA Eudra-CT: _____
Spender				
Basisdaten	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	GRID		HLA Kompatibilität	_____ / _____ match
	Blutgruppe		Gewicht / Größe	_____ kg
Precollection Samples				
Anforderung	EDTA	☐ 5ml ☐ _____ ml	Senden an:	☐ Labor Berlin Chimärismus
	EDTA	☐ 20ml ☐ _____ ml	Senden an:	☐ Labor Stammzelltransplant.
	Sonst.:	☐ _____ ml	Senden an:	☐ Labor _____
Transplantat				
Prescription	CD34+ Zellen pro kg KG	☐ 5×10^6 ☐ andere Dosis →	Begründung andere Dosis	_____ beschreiben
	Gesamtzahl CD34+ Zellen	_____ $\times 10^6$	Weiterverarbeitung	☐ CD34 Selektion
Ansprechpartner und Terminplanung				
Arzt	Zentrum / Klinik / Station		Telefon	
	Name Stationsarzt		FAX	
	Termin Transplantation	☐ unbestimmt ☐ Datum: _____ Tag Monat Jahr	Besonderheiten Lieferung	_____ beschreiben
	Lagerung Teilprodukt als Kryo-Backup	☐ Nein ☐ JA, bis Datum: _____ Tag Monat Jahr	„Kryo“-Einverständnis Spender liegt vor	☐ Nein ☐ JA, hier: _____ beschreiben
	Anmerkungen			
„Hiermit fordere ich die o.g. Kryoprodukte von der CSCF an“		_____ Name in Druckbuchstaben	_____ Datum /Uhrzeit	_____ Unterschrift

Bitte per FAX an die CSCF: +49 (0)30-450-7-565 952