

Anforderung G-CSF mobilisierter hämatopoetischer Stammzellen zur sofortigen allogenen Transplantation

Patient					
Basisdaten	Name, Vorname			Geburtsdatum	
	Patient-ID			Behandelnde Klinik/ Station	
	Blutgruppe			Gewicht	_____ kg
	Diagnose	beschreiben			
Status	Aktueller Remissionsstatus	beschreiben		Studieneinschluss	☐ Nein ☐ JA
	Vorausgegangene Transplantationen	☐ Auto / ☐ Familie / ☐ Fremd		Eudra-CT:	
	Serostatus	EBV ☐ Nein ☐ JA CMV ☐ Nein ☐ JA		Leiter der klinischen Prüfung	_____ Datum _____ Unterschrift
Spender					
Basisdaten	Name, Vorname			Geburtsdatum	
	GRID			HLA Kompatibilität	_____ / _____ match
	Blutgruppe			Gewicht	_____ kg
Precollection Samples					
Anforderung	EDTA	☐ 5ml	☐ _____ ml	Senden an:	☐ Labor Berlin Chimärismus
	EDTA	☐ 20ml	☐ _____ ml	Senden an:	☐ Stammzelllabor
	Sonst.:	☐ _____ ml		Senden an:	☐
Transplantat					
Prescription	CD34+ Zellen pro kg KG	☐ 5 x 10 ⁶ ☐ andere Dosis →		Begründung andere Dosis	beschreiben
	Gesamtzahl CD34+ Zellen	_____ x 10 ⁶		Weiterverarbeitung	☐ CD34 Selektion ☐ Plasmadepletiert ☐ Erythropzytendepletiert
	DLI Entnahme geplant	☐ Nein ☐ JA (JA: bitte <u>PKV H-022</u> ausfüllen!)		Kryo Backup	☐ Nein ☐ JA (JA: bitte <u>PKV H-023</u> ausfüllen!)
Ansprechpartner und Terminplanung					
Arzt	Zentrum / Klinik / Station			Telefon	
	Name Stationsarzt			FAX	
Termine	Termin Voruntersuchung	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr		Tage vor Tx für Donor Clearance	☐ 7 Tage / ☐ _____ Tage
	Termin Leukapherese	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr		Beginn Konditionierung	beschreiben
	Termin Transplantation	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr		Besonderheiten Lieferung	beschreiben
„Hiermit fordere ich die o.g. Zellprodukte von der CSCF an“		_____ Name in Druckbuchstaben		_____ Datum / Uhrzeit	_____ Unterschrift

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