

Anzeige eines Fremdproduktes aus hämatopoetischen 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 _____ ☐ Nein ☐ JA	Leiter der klinischen Prüfung	_____ Datum _____ Unterschrift
Spender				
Basisdaten	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	GRID		HLA Kompatibilität	_____ / _____ match
	Entnahmestaat		Gewicht	_____ kg
	Blutgruppe		Bemerkungen	
Transplantat				
Prescription	Gewinnung	☐ Knochenmark (BMSC) ☐ peripheres Blut (HSC) ☐ _____	Produkt-Stärke	☐ frisch ☐ CD34 selektiert ☐ kryokonserviert ☐ plasmadepletiert ☐ erythrozytendepletiert ☐ _____
	CD34+ Zellen pro kg KG	☐ $1,5 \times 10^6$ (BMSC) ☐ 5×10^6 (HSC) ☐ andere Dosis →	Begründung andere Dosis	Beschreiben
	Gesamtzahl CD34+ Zellen	_____ $\times 10^6$	Geplante Weiterverarbeitung	☐ Backup's ☐ nur erneute QK ☐ _____
	TNC pro kg KG	_____ $\times 10^8$	TNC gesamt	_____ $\times 10^8$
Ansprechpartner und Terminplanung				
Arzt	Zentrum / Klinik / Station		Telefon	
	Name Stationsarzt		FAX	
Plan	Voruntersuchung Fremdspender	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr	Start Konditionierung	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr
	Entnahme Fremdspender	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr	Termin Transplantation	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr
	„Hiermit zeige ich das / die o.g. Produkt(e) und den Plan zur Transplantation an.“			
Bestätigung	Voruntersuchung Fremdspender	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr	Start Konditionierung	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr
	Entnahme Fremdspender	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr	Termin Transplantation	_____ . _____ . _____ Tag Monat Jahr
	„Hiermit ☐ bestätige / ☐ korrigiere ich den o.g. Plan.“			

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