



Remiss för autolog stamcellsskörd och transplantation av stamceller

Remitterande avdelning	Patient ID
Remitterande läkare	
Remissdatum	
Patienten har fått information om autolog stamcellsinsamling och stamcellstransplantation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Patienten har gett och signerat samtycke till skörd av egna stamceller och till högdosbehandling med stamcellsskörd ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Patienten samtycker till att prover och celler samt tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet (<i>lagen om transplantation 1995:831</i>)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Patienten samtycker till att uppgifter rörande stamcellsinsamling och transplantation rapporteras till lokala, nationella och europeiska register? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Patienten samtycker att de nerfrysta cellerna som inte behövs längre och kommer att kasseras får användas för metodutveckling inom laboratorium? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Läkare sign: _____	Läkare: _____ <i>Namnförtydligande</i>

ORDINATION FÖR TRANSPLANTATION AV AUTOLOGA STAMCELLER

Datum för transplantation	ASCT-dos CD 34+ (x10 ⁶ /kg)	Skördedatum	ID-påsar för ASCT (inringa valda påsar enligt ASCT-program)	Ordination Ansvarig läkare (underskrift)	Transfunderat	
					BMA (sign)	Avd. ssk (sign)
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			
			A B C D E F G H I J			