Transplantationsblankett

Ifylles 1 år efter diagnosdatum om möjlighet till Allogen stamcellstransplantation övervägts

Insändes till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporterande sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

____ ____ ____ ____ ____ ____ – ____ ____ ____ ____
år mån dag

Namn

Stamcellstransplantation

MRD utförd inför SCT ☐ Nej ☐ Ja

Påvisbar MRD inför SCT ☐ Nej ☐ Ja

Påvisbar MRD inför SCT ja ☐ >1% ☐ 0,1-0,9% ☐ 0,01-0,099% ☐ <0,01%

Påvisbar MRD inför SCT nej ☐ <0,1% ☐ <0,01% ☐ <0,001%

HLA-typning av syskon initierad

☐ Nej ☐ Ja ☐ Inga syskon Datum för HLA-typning av syskon ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Sökning av obesläktad givare initierad

☐ Nej ☐ Ja Datum för sökning av obesläktad givare initierad ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Allogen SCT utförd ☐ Nej ☐ Ja Om ja, ange datum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Donator ☐ Syskon ☐ Annan anhörig ☐ Obesläktad ☐ Haploidentisk donator

Stamcellskälla ☐ Blod ☐ Benmärg ☐ Navelsträng

Status vid SCT

☐ CR1 ☐ CR2 ☐ CR ≥ 3 ☐ Obehandlad ☐ Primärt refraktär ☐ Refraktärt recidiv ☐ Recidiv 1 ☐ Recidiv ≥ 2

Viktigaste anledningen till att SCT inte är genomförd

☐ Blodsjukdomens status ☐ Patientens status eller önskemål ☐ Ingen passande allogen givare

Planeras SCT senare ☐ Nej ☐ Ja

RCC Syd 180101/AKA