Transplantationsblankett

Ifylls 1 år efter diagnosdatum om möjlighet till Allogen stamcellstransplantation övervägts

Gäller fr o m 2008-01-01

Insändes till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporterande sjukhus/klinik

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

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

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

Namn

Stamcellstransplantation

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

SC-källa ☐ Blod ☐ Benmärg ☐ Navelsträng

Status vid SCT
☐ CR 1 ☐ CR 2 ☐ CR ≥ 3 ☐ Obehandlad ☐ Primärt refraktär ☐ Refraktärt recidiv ☐ Recidiv 1 ☐ Recidiv ≥ 2

Vilken är den viktigaste anledningen till att SCT inte är genomförd?
☐ Blodsjukdomens status ☐ Patientens status eller önskemål ☐ Ingen passande allogen givare

Planeras SCT senare ☐ Nej ☐ Ja