

Remiss för autolog stamcellsskörd och transplantation av stamceller

Remitterande avdelning	Patient ID
Remitterande läkare	
Remissdatum	

- Patienten har fått information om och samtycker till autolog stamcellsinsamling och stamcellstransplantation? Ja Nej
- Patienten samtycker till att prover/celler och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet (*Biobankslagen*)? Ja Nej
- Patienten samtycker till att uppgifter rörande stamcellsinsamling och transplantation rapporteras till lokala, samt nationella och internationella register? Ja Nej
- Patienten samtycker att de nerfrysta cellerna som inte behövs längre och kommer att kasseras, får användas för metodutveckling inom laboratorium? Ja Nej

Underskrift, ansvarig läkare

IDENTITETSKONTROLL VID STAMCELLSSKÖRD

Legitimation

Datum

ID-band

Underskrift, sjuksköterska aferesmottagningen

ORDINATION FÖR TRANSPLANTATION AV AUTOLOGA STAMCELLER

Datum för transplantation	Skördedatum	Specificerade ID-påsar (enligt ASCT-register)	Dos CD 34+ (x10 ⁶ /kg)	Ordination Ansvarig läkare (underskrift)	Transfunderat	
					BMA (sign)	Avd. ssk (sign)