

Remiss - Autolog stamcellsskörd och transplantation av stamceller

Remitterande enhet	Personnr, namn
Remitterande läkare	
Remissdatum	

Patienten **har fått information** om och **samtycker** till autolog stamcellsinsamling och stamcellstransplantation. Ja Nej

Biobankslagen: patienten **samtycker** till att prover/celler och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. 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

Underskrift, informerande avdelningssjuksköterska

IDENTITETSKONTROLL VID STAMCELLSSKÖRD

Legitimation

Datum

ID-band

Underskrift, sjuksköterska aferesmottagningen

ORDINATION FÖR TRANSPLANTATION AV AUTOLOGA STAMCELLER

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