

	HÜCRESEL ÜRÜN TOPLAMA İSTEM VE MOBİLİZASYON FORMU	DOKÜMAN NO	TH-FR-40
		İLK YAYIN TARİHİ	03.11.2023
		REVİZYON TARİHİ	-
		REVİZYON NO	0
		SAYFA NO	1/1

Tarih :/...../.....

☐ Otolog Kök Hücre Toplama	☐ Allojenik Kök Hücre Toplama
☐ DLI İşlemi	☐ Perifer ☐ Kemik İliği

HASTA	DONÖR
Dosya No:	Dosya No:
Hasta Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Doğum Tarihi - Yaşı:	Doğum Tarihi - Yaşı:
Kan Grubu:	Kan Grubu:
Boy - Kilo:	Boy - Kilo:
Tanı:	
Gönderen Birim:	Gönderen Birim:
ELİSA: ☐ HbsAg ☐ Anti HIV ☐ Anti HCV ☐ VDRL	ELİSA: ☐ HbsAg ☐ Anti HIV ☐ Anti HCV ☐ VDRL

ABO Uyumsuzluğu:	☐ Yok ☐ Majör:	Alıcı Titre: Anti A: Anti B:
	☐ Minör:	Donör Titre: Anti A: Anti B:
	☐ Çift Yönlü:	HLA Uyumu:

Sadece mobilizasyon başarısızlığında doldurulacaktır.

TARİH	WBC	HB	HCT	PLT	NEU SD %	LYM SD %	MON SD %

Kaçıncı Mobilizasyon:	Önceki Mobilizasyon Protokolleri:
Mobilizasyon da Kullanılan G-CSF Ticari Adı ve Başlama Tarihi:	
Mobilizasyon da Kullanılan Kemoterapi Protokolü ve Başlama Tarihi (ilaç adları açık yazılacak):	
Mobilizasyon da Plerixafor Ticari Adı ve Kullanım Tarihi:	

OTOLOG Kök hücre Toplanacak Hasta İçin Doldurulacak
Tanı / Evre:
Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar:
Reflakter trombositopeni:
Radyoterapi Dozu ve Alanı:
Aldığı Kemoterapiler:
Tanıda Kemik İliği Tutulumu:
Son Durum / Yanıt:

Ürünle İlgili İstek Tipi			
Minimum Doz:			
Hedef Doz:			
AKH Ürün DLI Doz:	☐ 1 x10 ⁷	☐ 5 x10 ⁷	☐ 10 x10 ⁷
DLI Toplama Hedef:	☐ 1 x10 ⁷	☐ 5 x10 ⁷	☐ 10 x10 ⁷
☐ Ürün Dondurma İsteği:			
☐ Ürün Deplesyon İsteği:	☐ Eritrosit	☐ Plazma	

Giriş Flow Sitometri	D:.... //20	D:.... //20	D:.... //20	D:.... //20
CD 34MİKROLİTRE				
CD 45MİKROLİTRE				
CD34-45 CANLILIĞI				
7 AAD %34 YÜZDESİ				

TOPLAMA VEYA İPTAL KARARI

Donör / Hasta kök hücre toplama işlemine başlanması: ☐ Uygun ☐ Uygun Değildir. Gerekçesi:
Kök Hücre Aferezi için Randevu Tarihi ve Saati: / / :.....

SORUMLU DOKTOR

KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ KLİNİK KOORDİNATÖRÜ