

**Karta zgłoszenia pacjenta do komisji kwalifikacyjnej ds. transplantacji komórek krwiotwórczych**

*MCDT – Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Rozrostowych Plazmocytów*

nazwisko i imię pacjenta \_\_\_\_\_

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>POZYTYWNA DO PRZESZCZEPIENIA AUTOLOGICZNEGO</b> <input type="checkbox"/> jednorazowego <input type="checkbox"/> dwukrotnego <input type="checkbox"/> tandemowego	
<b>MOBILIZACJA:</b> <input type="checkbox"/> ARAC +GSCF <input type="checkbox"/> GCSF Przybliżona data: _____	<b>ILOŚĆ MATERIAŁU:</b> <input type="checkbox"/> ilość CD34+ x 10 <sup>6</sup> /kgmc  Przybliżona data: _____
<b>PLANOWANIE MATERIAŁU PRZESZCZEPOWEGO I PRZESZCZEPIENIA</b>	
<b>PRZESZCZEP / PRZESZCZEPIENIE:</b>	
Planowana data: _____	
<b>Kondycjonowanie:</b>	
<input type="checkbox"/> MEL200 <input type="checkbox"/> MEL140 <input type="checkbox"/> TBI Mel <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> inne.....	
<b>Ilość komórek do przeszczepienia:</b>	
1. Pierwsze przeszczepienie ilość CD34+ x 10 <sup>6</sup> /kgmc .....	
2. Drugie przeszczepienie ilość CD34+ x 10 <sup>6</sup> /kgmc .....	
<input type="checkbox"/> <b>NEGATYWNA (PRZYCZYNA):</b>	
<b>ZALECENIA DO CZASU MOBILIZACJI / PRZESZCZEPIENIA</b>	
<input type="checkbox"/> Ocena odpowiedzi przed procedurą autoHSCT <input type="checkbox"/> ECHO SERCA <input type="checkbox"/> SZCZEPIENIA : 1. przeciwko WZW typu B 2. przeciwko grypie 3. przeciwko Covid-19 (SARS COV2) 4. przeciwko pneumococom <input type="checkbox"/> SPIROMETRIA <input type="checkbox"/> PANORAMIX, SANACJA JAMY USTNEJ <input type="checkbox"/> badania krwi: <input type="checkbox"/> badania obrazowe:	Konsultacje lekarskie:       Uwagi:
<b>Zalecenia dotyczące leczenia do czasu auto HSCT:</b>	
<b>PODPIS I PIECZĄTKA CZŁONKÓW KOMISJI KWALIFIKUJĄCEJ</b>	
1.	3.
2.	4.

Oświadczam, że zostałem / am w sposób wystarczający poinformowany o: przyczynach proponowanego przeszczepienia, przebiegu procedury, możliwościach procedury i jej wpływu na proces mojego leczenia, możliwych efektach leczniczych jak również możliwych powikłaniach, alternatywnym postępowaniu terapeutycznym. Miałem /am wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z przedstawionymi wiadomościami, możliwość zadawania pytań, na które uzyskałem / am satysfakcjonujące i wyczerpujące odpowiedzi. Potwierdzam, iż wstępnie wyrażam zgodę na ww. przeszczepienie.

Data : \_\_\_\_\_

Czytelny podpis pacjenta: \_\_\_\_\_