

**HEMATOPOİETİK KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYON ADAYI AFEREZ
ÜNİTESİ İNCELEMESİ FORMU**

Verici Adı Soyadı: Protokol No:
Yaş : Cinsiyet: Erkek Kadın
Adres :
Telefon :

Planlanan Nakil Tarihi:
Kullanılacak Büyüme Faktörü ve Dozu:.....
Büyüme Faktörü Kullanımına Başlangıç Tarihi:

Hastanın tedavisini üstlenen öğretim üyesi : Tel:
Hastanın takibini yapan hekim : Tel:
Konsültasyonu isteyen hekim : Tel:

**HEMATOLOJİ SERVİSİ TARAFINDAN, AFEREZ ÜNİTESİ
KONSÜLTASYONUNDAN ÖNCE DOLDURULACAK KISIM**

Primer hastalığın tanısı :
Primer hastalığın şu anki durumu :
İlk hastalığın şu anki durumu :
Uygulamış olan tedavi :
Halen devam eden tedavi :
Planlanan transplantasyon türü :
Hazırlama rejimi :
İmmünosupresyon :
ALICI KAN GRUBU:.....Rh..... VERİCİ KAN GRUBU:.....Rh.....

AFEREZ ÜNİTESİ TARAFINDAN DOLDURULACAK KISIM

DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN:

DAMAR YOLU

- UYGUN
 KATETER GEREKSİNİMİ VAR

ÖNERİLEN KATETER

YAZILI ONAY ALINDI:

- EVET
 HAYIR

SONUÇ:

SET:

RANDEVU TARİHİ:

İlk muayene tarihi: / /

1. Aferez Tarihi:

2. Aferez Tarihi:

