

ERİŞKİN KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON MERKEZİ
(0422 341 0660 /4250-4252)
(Aferez Ünitesi)

KÖK HÜCRE AFEREZİ İSTEM FORMU

Hasta Adı, Soyadı:	Tarih:	Protokol No:
Bilim Dalı:	İstemi Yapan Dr:	
Tanı:	Mobilizasyon Rejmi:	
Evre:	Başlama Tarihi:	Büyüme Faktörü:

Aldığı Kemoterapiler:

Klinik tarafından güncel sonuçlar ile doldurulacaktır:

Tam Kan Sayımı: Hb/Htc: WBC: (X10⁹/L) Trombosit: (X10⁹/L)
Kan Biyokimyası: Tot Prot/albumin: PTZ: aPTT : Fbn:
Viral Profil: HbsAg: Anti HCV: Anti HIV: Sifilis:

Vücut ağırlığı (kg): Boy (cm):

Tarafımızdan doldurulacaktır:

Değerlendirilme ve Öneriler:

Kateter Gereklinimi: VAR O YOK O

Önerilen Kateter:

Randevu Tarihi ve Kullanılacak Olan Set:

SONUÇ:

Hemaferez Konsültanı

Hemaferez Teknik Ekibi