

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ERİŞKİN HEMATOLOJİ
KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON FORMU
(OTOLOG)

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ERİŞKİN HEMATOLOJİ
KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON FORMU
(OTOLOG)

HASTA BİLGİLERİ

Ad:

Soyad:

Cinsiyet:

Doğum Tarihi :

Medeni Durum:

Boy (cm):

Kilosu (kg):

Vucut Yüzey alanı (m²):

Tanı:

Tanı tarihi:

Evresi :

Remisyon durumu: REMİSYON

Transplantasyon: **OTOLOG**

Ad-Soyadı:

Tanı:

Kontrol listesi

Hasta tetkikleri	
Hemogram :	<input type="checkbox"/>
Sedim :	<input type="checkbox"/>
Periferik yayma :	<input type="checkbox"/>
Biyokimya	<input type="checkbox"/>
Tam idrar tetkiki:	<input type="checkbox"/>
Akciğer grafisi :	<input type="checkbox"/>
Waters :	<input type="checkbox"/>
PET /CT	<input type="checkbox"/>
Solunum fonksiyon testleri :	<input type="checkbox"/>
EKG :	<input type="checkbox"/>
Ekokardiografi :	<input type="checkbox"/>
Koagülasyon testleri:	<input type="checkbox"/>
ABO/Rh Kan grubu:	<input type="checkbox"/>
Alt Kan grupları:	<input type="checkbox"/>
Coombs :	<input type="checkbox"/>
ANA :	<input type="checkbox"/>
β 2-Microglobulin :	<input type="checkbox"/>
İmmünglobulinler :	<input type="checkbox"/>
Hormonlar:	<input type="checkbox"/>
PPD:	<input type="checkbox"/>
Sitogenetik :	<input type="checkbox"/>
İnfeksiyon serolojisi :	<input type="checkbox"/>
KİA/ Biyopsi	<input type="checkbox"/>
ECOG :	<input type="checkbox"/>
Diş hekimi konsültasyonu:	<input type="checkbox"/>
Kateter:	<input type="checkbox"/>
Patoloji raporları (tümü)	<input type="checkbox"/>
Klinik geçmiş özeti:	<input type="checkbox"/>
Nüfus cüzdanı fotokopisi:	<input type="checkbox"/>
Hasta olur formu	<input type="checkbox"/>



Klinik Özet

Hasta bilgileri	Hasta:
	Doğum tarihi / Yaş:
	Doğum yeri:
	Cinsiyet:
	Medeni hal:
	Çocuk sayısı:
Tanı:	
Tanı tarihi:	
Evre:	
first line therapy	Uygulanan ilk tedavi:
	Kür sayısı:
	Uygulanan ilk tedaviye cevap: Var <input type="checkbox"/> / Yok: <input type="checkbox"/>
	Uygulanan ilk tedaviye cevabı: Tam remisyon <input type="checkbox"/> / Parsiyel remisyon: <input type="checkbox"/>
	Remiyonda kaldığı süre:yıl,ay
Relaps: Var <input type="checkbox"/> / Yok: <input type="checkbox"/>	
Second line therapy	Relaps tarihi:
	Evre:
	Uygulanan tedavi:
	Kür sayısı:
	Uygulanan tedaviye cevap: Var <input type="checkbox"/> / Yok: <input type="checkbox"/>
	Uygulanan tedaviye cevabı: Tam remisyon <input type="checkbox"/> / Parsiyel remisyon: <input type="checkbox"/>
	Remiyonda kaldığı süre:yıl,ay

Ad-Soyadı:

Tanı:

Hemogram ve Sedimentasyon / tarih:

Hemoglobin (g/dl)		Periferik yayma
Hemotokrit (%)		
WBC (/mm ³)		
Trombosit (/mm ³)		
MCV (fl)		
Sedimentasyon (mm/h)		

Biyokimya / tarih:

BUN (mg/dL)		ALT (U/L)		LDH (U/L)	
Kreatinin (mg/dL)		AST (U/L)		Na (mmol/L)	
Glukoz (mg/dL)		GGT (U/L)		K (mmol/L)	
Total protein (g/dL)		ALP (U/L)		Ca (mg/dL)	
Albümin (g/dL)		Kolesterol (mg/dL)		Mg (mg/dL)	
Globulin (g/dL)		Trigliserit (mg/dL)		P (mg/dL)	
T.Bilirubin (mg/dL)		Amilaz (U/L)		Cl (mmol/L)	
D. Bilirubin (mg/dL)		Lipaz (U/L)		CK (U/L)	
İ. Bilirubin (mg/dL)		Ürik asit (mg/dL)		CK-MB (U/L)	

Tam İdrar tetkiki / tarih:

Rengi:		Protein:		Mikroskopik inceleme
Görünümü:		Bilirubin :		
Dansite:		Ürobilinojen :		
Ph		Nitrat:		
Glukoz :		Keton:		

Ad-Soyadı:

Tanı:

Akciğer incelemesi / tarih:

PA Akciğer grafisi	
Solunum Fonksiyon Testi	
Waters Grafisi	

PET/ CT tarih:

--

Kardiyak inceleme / tarih:

EKG	
Ekokardiyografi	

Koagülasyon testleri / tarih:

PT	aPTT	INR	Fibrinojen	D-dimer

ABO-Rh ve alt gruplar / tarih:

Hastanın ABO Rh kan grubu	(-)	+	++	+++	++++
C					
c					
E					
e					
Kell					



Ad-Soyadı:

Tanı:

Otoantikörler ve Coombs / tarih:

	Pozitif (+)	Negatif (-)
Direkt Coombs		
İndirkt Coombs		
β2-Microglobulin :		
ANA		
LA		

İmmünglobulinler / tarih:

IgA	IgG	IgM	IgD	IgE	Kappa	Lambda

Hormonlar / tarih:

TSH	Serbest T4	Serbest T3	PTH	Kortizol	Prolaktin	FSH	LH	Testesteron

PPD / tarih:

PPD	
-----	--

Sitogenetik / tarih:

Sitogenetik	
-------------	--



ERİŞKİN HEMATOLOJİ KEMİK İLİĞİ TRANSPLANTASYON FORMU
(OTOLOG)

Ad-Soyadı:

Tanı:

İNFEKSİYON SEROLOJİSİ / tarih:

Testler - I	Pozitif (+)	Negatif (-)	Testler-II	Pozitif (+)	Negatif (-)
HBs Ag			EBV IgG		
Anti-HBs			EBV IgM		
Anti-HCV			HSV IgG		
Anti-HBc			HSV IgM		
Anti-HBe			CMV IgG		
HIV			CMV IgM		
VDRL			Toxoplazma IgG		
			Toxoplazma IgM		

Kemik iliği aspirasyon ve biyopsi / tarih:

Kemik iliği Aspirasyonu	
Kemik iliği Biyopsisi	

PERFORMANS (ECOG) / tarih:

Puan	
0	Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
1	Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir)
2	Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)
3	Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)
4	Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)
5	Ölüm



Ad-Soyadı:

Tanı

DİŞ HEKİMİ KONSÜLTASYONU (-30 ile -10. günler arası) / tarih:

--

KATETER UYGULAMASI (-30 ile -10. günler arası takılması) / tarih:

Kateter Tipi	
Takılma Tarihi	
Koplikasyon	

Patoloji Raporları

Genel değerlendirme / tarih:

SONUÇ: / tarih:

OTOLOG KEMİK İLİĞİ NAKLİ OLUR FORMU

Doktorum/doktorlarım adlı hastalığımın son durumu, gidişatı ve tedavi planım hakkında beni bilgilendirdiler. Tedavimi öğrendim. Verilecek tedaviyi ve bu tedaviye bağlı görülebilecek yan etkileri okudum, değerlendirdim. Anlamadığım konuları ve yabancı kelimeleri sordum, açıklamalarını doktorum/doktorlarımdan aldım.

Bütün riskleri kendi rızam ile kabul ederek doktorlarımin benim için önerdiği **OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ DESTEĞİNDE YÜKSEK DOZ TEDAVİ** uygulamasını almayı kabul ediyorum

Tarih: .../.../2010

Hasta Adı Soyadı:

İmza:

Konsültan uzman hekim Adı Soyadı:

İmza: