Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii
Oddział Transplantacji Szpiku Kostnego
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel. 052 585 4860, faks 052 585 4756; e-mail: tsk@cm.umk.pl

WSTĘPNE ZGŁOSZENIE BIORCY DO ALLOGENICZNEJ TRANSPLANTACJI KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres: _____

_____ tel.: _____

Choroba podstawowa / data rozpoznania: _____

_____

Wskazania do transplantacji: _____

_____

_____

Masa ciała (kg): _____ Wzrost (cm): _____

Grupa krwi / czynnik Rh: _____ anty-CMV-IgG: _____

Ośrodek kierujący do transplantacji (pieczęć):

Lekarz leczący / telefon / faks /e-mail:

Data zgłoszenia:

UWAGA:

Prosimy załączyć do zgłoszenia:

- Prosimy o wypełnienie WSZYSTKICH pól i wpisanie wszystkich danych.
- Wskazanie do przeszczepienia powinno zawierać odniesienie do programu/protokołu, którym leczony jest pacjent. W przypadku indywidualizacji wskazań konieczne jest dodanie konsultacji/opinii koordynatora programu leczenia.
- Prosimy załączyć do zgłoszenia epikryzę z najbardziej istotnymi wynikami badań (konieczny jest wynik badania histopatologicznego/biopsji szpiku oraz badania potwierdzające wskazania do transplantacji, np. MRD).
- Konieczne jest wykonanie i przesłanie wyników badania HLA pacjenta i rodziny.
- Bardzo proszę o wpisanie danych kontaktowych lekarza umożliwiających wymianę korespondencji lub kontakt w razie konieczności.
- Zgłoszenie prosimy przesłać na adres Kliniki (preferowany skan przesłany na adres e-mail). W przypadku propozycji dawcy rodzinnego, dotyczy to także zgłoszenia dawcy. Konieczne jest wysłanie pocztą oryginału zgłoszenia!