

Protokol o převodu produktu

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Diagnóza	Krevní skupina:

Výše jmenované/mu byl dne: _____ převeden produkt:

- periferních krvevorných buněk
 kostní dřeň
 dárcovských lymfocytů
 CAR-T přípravek firmy _____ šarže _____
 nativní
 kryokonzervovaný

s obsahem:

_____ x 10⁶/kg CD 34⁺ buněk
 _____ x 10⁸/kg mononukleárních buněk
 _____ x 10⁸/kg CD 3⁺ buněk
 _____ x 10⁸/kg CD 4⁺ buněk
 _____ x 10⁸/kg CD 8⁺ buněk
 _____ % vitalita

 Rozmražení při 37 °C od _____ do _____ hodin ve vodní lázni:

- inv. č.: D062122-000, BW-S (odd.5C)
 inv. č.: I017575-000, Thermomix (odd.5C)
 inv. č.: D079740-000 (odd. 5B)
 inv. č.: D309549-000 (odd. 5A)
 jiná: inv. č.: _____

Produkt převeden od _____ do _____ hodin

Počet vaků: _____ o objemu: _____ ml

Vak č. 1: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 2 : _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 3: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 3: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 4: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 5: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Vak č. 6: _____ množství: _____ ml čas podání: od: _____ do: _____

Identifikace dárce: _____ KS: _____

Nemocná/ý byl/a premedikován/a: antihistaminiky kortikoidy diuretiky

byla užitá premedikace:

během a bezprostředně po převodu produktu nedošlo k žádným nežádoucím událostem

došlo k následujícím nežádoucím událostem (vypsat):

provedená léčebná opatření:

provedeno hlášení nežádoucí události

Shoda produktu a příjemce byla verifikována.

jmenovka a podpis
lékaře provádějícího převod

jmenovka a podpis
sestry