



Žádost o expedici zamraženého štěpu k aplikaci

Předpokládaný datum a čas transplantace:

PACIENT	
Identifikační štítek pacienta	Aktuální hmotnost: kg
Jméno, příjmení:	
Rodné číslo:	Krevní skupina, Rh:
Poj.: Dg.: Oddělení:	

AUTOLOGNÍ TRANSPLANTAČNÍ ŠTĚP – KRYOKONZERVOVANÝ			
Produkt / y	Označení A, B, C, D.....	Počet buněk /kg	
PKB		CD 34+ buněk	x10 ⁶ /kg
PKB		CD 34+ buněk	x10 ⁶ /kg
CAR-T		CD 3+ buněk	x10 ⁸ /kg

ALOGENNÍ TRANSPLANTAČNÍ ŠTĚP			Nativní	
			Kryokonzervovaný	
Identifikace dárce / GRID				
Krevní skupina dárce, Rh		AB0 shoda	ANO / NE	
Produkt / y	Označení A, B, C, D.....	Počet buněk /kg		
PKB		CD 34+ buněk	x10 ⁶ /kg	
PKB		CD 34+ buněk	x10 ⁶ /kg	
DLI		CD 3+ buněk	x10 ⁶ /kg	
KD		Počet jaderných buněk	x10 ⁸ /kg	

Poznámka:	
jmenovka a podpis sestry oddělení HOK	jmenovka a podpis lékaře oddělení HOK