

Utilizzo del Plerixafor in seguito a fallita mobilizzazione di CSE – registrazione dati

Da compilarsi a cura del CP-P/CD/TE

Dati paziente

Codice paziente.....Sigla CT.....Peso:Kg.

Dati donatore familiare

Codice (IBMDR):.....Sesso: Peso:.....Kg Età:.....

Fenotipo ABO ed Rh:..... N° gravidanze/aborti:..... N° trasfusioni:.....

Somministrazione del fattore di crescita emopoietico (G-CSF)

Data inizio somministrazione G-CSF:.....Nome farmaco:.....

Dose:..... µg/kg/die N° dosi somministrate:.....

Lotto: Data scadenza:.....

Auto-somministrazione. SI NO

N° CD34+ circolanti in IV giornata (se effettuato):/µl

N° CD34+ circolanti in V giornata (pre-raccolta):/µl

Dati I giorno di raccolta CSE senza Plerixafor (se effettuata)

Effettuata il:.....ora di inizio:.....ora di termine:.....

Volume:.....ml N° CD34+ raccolte:.....x10⁶ N° CD34+/kg:..... x10⁶

Somministrazione del Plerixafor

Data sottoscrizione del consenso informato del donatore:.....

Somministrazione del farmaco: data:.....ora:.....

Nome farmaco: Mozobil® Dose:..... µg/kg/die

Lotto: Data scadenza:.....

Donatore in regime di ricovero ospedaliero: SI NO

N° CD34+ circolanti dopo.....ore dalla somministrazione:/µl

Dati raccolta CSE post Plerixafor

Effettuata il:.....ora di inizio:.....ora di termine:.....

Volume:.....ml N° CD34+ raccolte:.....x10⁶ N° CD34+/kg:..... x10⁶

Il Responsabile del CP-P (timbro e firma):.....Sigla CP-P

Il Responsabile del CD (timbro e firma):.....Sigla CD.....

Il Responsabile del TE (timbro e firma):.....Sigla TE.....

Inviare (anche via fax) a → I.B.M.D.R. - Via Volta, 19 - 16128 GENOVA - tel. 010/5634434-5 fax 010/57481999