

## Uppföljning 3 månader efter autolog stamcellstransplantation

Svar skickas till Transplantationskoordinator, Hematologisektionen G41, Cancercentrum, 901 85 Umeå

Rapporterande vårdinrättning _____	Patientidentitet _____
FU= uppföljning, VP = vårdperiod, *Endast infektioner verifierade med prov, rtg eller u.s. ** stigande utan transfusion	
Patienten lever <input type="checkbox"/> fortsatt nedan	Dödsorsak _____
Patienten är avliden den _____ <i>fill i rutan intill</i>	<i>fortsätt nedan</i>
<b>VP transplantation:</b> Inskriven den _____, utskriven den _____, journal kopior medföljer <input type="checkbox"/>	
Antal dagar med feber $\geq 38,5^\circ$ under VP _____	Antibiotikaproylax enl. SOP JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
Antal dagar med i.v. antibiotikabehandling _____	
Antal dagar med GCSF-beh efter transplantation _____	
Antal transfunderade erytro-/ trombocytenheter _____/_____	
<b>Datum för anslag av stamcellstransplantat</b>	<b>Komplikationer inklusive infektioner* under vårdperioden</b>
Aldrig under ÅÅMMDD take	ÅÅMMDD Komplikation/infektion
LPK $> 1,0 \times 10^9/l$ <input type="checkbox"/>	_____
neutrofiler $> 0,5 \times 10^9/l$ <input type="checkbox"/>	_____
neutrofiler $> 1,0 \times 10^9/l$ <input type="checkbox"/>	_____
trombocyter** $> 20 \times 10^9/l$ <input type="checkbox"/>	_____
<b>FU 3-månads kontroll</b>	
FU-datum _____ Karnofsky _____% Sjukdomsstatus CR <input type="checkbox"/> Annat _____	
<b>Komplikationer efter utskrivning</b>	
Infektioner* startdatum _____ vilken _____	_____
startdatum _____ vilken _____	_____
Sekundär malignitet NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vad _____	_____
Annan komplikation NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vad _____	_____
Annan komplikation NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> vad _____	_____
Kommentar _____	

Blanketten ifylld den \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_