ASL PESCARA
Ospedale "Spirito Santo"
Dipartimento Oncologico-Ematologico
UOSD Istituto dei tessuti e Biobanche
Resp: Dott.ssa Tiziana Bonfini
tel 085 4252374/2264 - e-mail: pescaraitcse@asl.pe.it

RICHIESTA MANIPOLAZIONE PRODOTTO ALLOGENICO

Data ___/___/____

DONATORE

Cognome e Nome ..... Data di nascita ___/___/___

Peso ..... Kg Altezza ..... cm Emogruppo ……..

□ FAMILIARE ..... □ NON FAMILIARE

RICEVENTE

Cognome e Nome ..... Data di nascita ___/___/___

Peso ..... Kg Altezza ..... cm Emogruppo ……..

Diagnosi .....

PRODOTTO CELLULARE □ HPC-M □ HPC-A □ HPC-CB □ TC-A

Compatibilità ABO □ compatibile □ incomp. minore □ incomp. maggiore □ incomp. bidirezionale
Compatibilità HLA □ compatibile □ parzialmente compatibile □ aploidentico

TIPO DI MANIPOLAZIONE RICHIESTA

□ NESSUNA MANIPOLAZIONE
□ FILTRAZIONE
□ DIVISIONE IN ALIQUOTE ……
□ RIMOZIONE EMAZIE
□ RIMOZIONE PLASMA
□ CONGELAMENTO
□ SELEZIONE IMMUNOMAGNETICA □ CD34+ □ T Reg

DOSE CELLULARE RICHIESTA:

Cellule nucleate x 10^8/kg ricevente ……. data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

Cellule mononucleate x 10^8/kg ricevente ……data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

Cellule CD 34+ x 10^6/kg ricevente …….. data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

Cellule CD 3+ x 10^6/kg ricevente ……data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

Cellule T Reg x 10^6/kg ricevente ……data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

Altro …… data prelievo ___/___/___ data infusione ___/___/___

☐ **Richiesta per Urgent Medical Need**

NOTE …… ……

Il medico trapiantologo ……

Il resp del lab/delegato ……

Allegati □ clearance donatore □ altro……

Per accettazione:

Il resp del servizio di Aferesi/delegato ___ /___ /___ ……...

Il resp Lab. Citofluorimetria/delegato ___ /___ /___ …….

Il resp Lab. Colture Cellulari/delegato ___ /___ /___ …….