

	HÜCRESEL ÜRÜN TALEP ETME VE TESLİM FORMU	DOKÜMAN NO	TH-FR-45
		İLK YAYIN TARİHİ	03.11.2023
		REVİZYON TARİHİ	-
		REVİZYON NO	0
		SAYFA NO	1/1

Planlanan Ürün İnfüzyon Tarihi:...../...../.....

☐ Ototolog Kök Hücre İsteme	☐ Allojenik Kök Hücre İsteme
☐ Periferik Kök Hücre	☐ Dondurulmuş Periferik Kök Hücre
☐ Kemik İliği	☐ DLI

HASTA	VERİCİ
Dosya No:	Dosya No:
Hasta Adı Soyadı:	Donör Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:	Doğum Tarihi:
Kan Grubu:	Kan Grubu:
Hastanın Tanısı:	Toplam Kaset Sayısı:
Hasta kilosu/güncel kilosu:	Toplam CD 34+ Miktarı:
İstenilen Toplama Ürün Numarası:	Toplam CD 3 Miktarı :

OTOLOG KÖK HÜCRE	
İstenilen Kaset Tarihleri	
Toplam Kök Hücre Miktarı	
İstenilen CD34+Kök Hücre Miktarı	
Kaset Sayısı	
İstenilen Kaset Sayısı	
Ürün Volümü	
ALLOJENİK KÖK HÜCRE	
İstenilen Toplama Tarihleri	
Toplam CD34+ Dozu	
İstenilen CD34+ Dozu	
İstenilen Kaset Sayısı	
İnfüze EdilenCD3+Dozu	
Verilen Ürün Volümü	
DLI İnfüzyon Dozu	
DLI Yapılma Nedeni	
İnfüzyonun Süresi(dk)	

Ürün no	Eritme tarih ve Saati	Eriten Personel	Teslim Saati	Teslim Sıcaklığı	Teslim Alan 1	Teslim Alan 2

İSTEM YAPAN DOKTOR

KEMİK İLİĞİ VE KÖK HÜCRE NAKLİ
KLİNİK KOORDİNATÖRÜ