

Denumirea Spital/ Clinică Hematologie

**CERERE DE EVALUARE A INDICAȚIEI DE TRANSPLANT  
DE CELULE STEM HEMATOPOIETICE DE LA DONATOR NEÎNRUDIT**

**Către: Comisia de allotransplant de celule stem hematopoietice de la donator neînrudit**  
(se va completa în două exemplare, unul care rămâne la Comisia de allotransplant de celule stem hematopoietice de la donator neînrudit și unul care va fi trimis Centrului de Transplant desemnat, în cazul avizului favorabil)

Nume:	Prenume:
CNP:	CI/Certificat de naștere:
Adresă:	Tel:
	E-mail:
<b>Reprezentant legal/Persoana de contact</b> (se va completa în cazul pacienților minori):	
Nume:	Prenume:
CNP:	CI:
Adresă:	Grad de rudenie:
	Tel:
	E-mail:

Grupa sanguină/Rh:	CMV-IgG:	Greutate (kg)
Diagnostic extins:		Cod diagnostic (ICM)
(se precizează după caz forma celulară, forma imunologică):		
Stadiul la diagnostic:	Grupa de risc:	Karnofsky:
Data diagnosticului:		
Stadiul actual:		
Diagnostice secundare:		Cod diagnostic (ICM)
1		
2		
3		
Centrul de Transplant din România*		
1.....		
2.....		
3.....		

\* Medicul curant completează Centrele de transplant de celule stem hematopoietice în ordinea preferințelor pacientului;

## A. ELEMENTE DE SUSȚINERE A DIAGNOSTICULUI

Examen clinic:

Examene hematologice:

Examene citochimice și/sau imunohistochimice:

Examene biochimice *(se vor preciza valorile normale ale metodei):*

Examene imunologice *(imunoserologice și imunohistochimice):*

Examene citogenetice și moleculare:

Examene radiologice *(imagistice):*

Alte examene:

## B. TRATAMENT, EVOLUȚIE ȘI RĂSPUNS LA TRATAMENT

Tip și număr cure:
Răspuns:
Complicații asociate tratamentului ( <i>se precizează complicațiile organice, metabolice și infecțioase</i> ).
Răspuns global ( <i>bilanț</i> ), modul în care a fost apreciată evoluția sub tratament:
Comorbidități:

## C. BILANȚUL ACTUAL

Situația bolii la momentul formulării cererii de transplant:
Funcția cardiacă: EKG și FEVS ( <i>ecocardiograma</i> )
Funcția hepatică: AST, ALT, LDH, bilirubină, $\gamma$ GT
Funcția renală: uree, creatinină, acid uric
Funcția pulmonară ( <i>teste funcționale ventilatorii - opțional</i> ):

<b>Markeri infecțioși:</b> Ac anti HIV 1 și HIV 2 HIV p24 antigen HIV 1/2 PCR Ag HBs Anti HBs Anti HBc HBV PCR Anti HCV HCV PCR	THPA Anti HTLV 1 și 2 CMV Anti IgG CMV Anti IgM EBV Anti IgG EBV Anti IgM Toxoplasma Anti IgG Toxoplasm Anti IgM Altele:
Evaluare psihiatrică:  Semnătura medicului psihiatru..... Parafa medicului psihiatru.....	
Alte boli asociate:	
Elemente de fundamentare a cererii de transplant:	
Anticorpi iregulari:	
Fenotip HLA <i>(se va anexa buletinul de analiză conținând screeningul intrafamiliar).</i>	
Alte observații <i>(probleme sociale etc).</i>	

Ținând cont de tipul de boală și de evoluția acesteia, este de apreciat că la nivelul cunoștințelor medicale actuale, acest pacient are șanse mai mari de supraviețuire prin efectuarea unui allotransplant cu celule stem hematopoietice. Dat fiind că nu există donator în familie, solicit evaluarea cazului în vederea căutării, prin RNDVCSH, a unui donator neînrudit HLA compatibil.

Nume și prenume medic curant:	Semnatura și parafa medicului curant:
Unitatea medicală:	Stampila unității medicale:
Data:	