

**An das
Bayerische Spendersuchzentrum
Robert-Koch-Allee 23
82131 Gauting
Fax: 089 - 89 32 66 254**

1. Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geboren am: _____ Geschlecht : m w Gewicht: _____ kg

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.priv.: _____ Tel.: gesch.: _____

Diagnose: _____ Stadium: _____ (ED: _____)

CMV-Status: pos neg (vom _____) Blutgruppe(mit Rhesus): _____

2. Angaben zur Suche:

a) Angaben zu akzeptierten HLA-Mismatches

Locus	Antigen-MM	Allel-MM
A	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei
B	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei
C	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei
DRB1	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei
DQB1	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei
DPB1	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei

b) Stammzellquelle: Stammzellen Knochenmark Nabelschnurblut

c) Geplante Konditionierung: konventionell reduziert

d) Dringlichkeit: dringend nicht dringend

e) Kompatibler Spender in der Kernfamilie: ja nein, falls ja, warum kann nicht auf diesen zurückgegriffen werden: _____

f) Es besteht alternativ die Therapieoption einer Haplo-TX. ja nein

3. Probenversand an CT-Labor

Die Proben wurden am _____ an das Labor ULM versandt.

Aus den Proben soll die Erst- und die Retypisierung erfolgen.

Die Retypisierung ist bereits am _____ in folgendem Labor erfolgt: _____

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum / Stempel / Leiter der Transplantationseinheit / Unterschrift