

REQUÊTE DE PRÉPARATION AU DON DE CELLULES SOUCHES

Nom du Patient: (Nom et Prénom)	No Héma-Québec du Patient:
DDN du patient : (jj/mm/aaaa)	No International du Patient :
Centre Transplantateur:	No Héma-Québec du Donneur:
Registre Donneur:	No International du Donneur:

SECTION 1 – ÉTAT ACTUEL DE SANTÉ DU PATIENT

Diagnostic :	Sexe :	Poids: kg	ABO/Rh :	CMV : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif
État actuel de la maladie :				
Historique de greffe: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Autologue <input type="checkbox"/> Allogénique apparentée <input type="checkbox"/> Allogénique non-apparentée				
Date de greffe, si nécessaire : _____				
Y a-t-il des procédures spécifiques (ex : splénectomie) qui seront requis pour votre patient avant la greffe?				
Commentaires:				

SECTION 2 – REQUÊTE DE COLLECTE

		1 ^{er} Choix	2 ^{ème} Choix
Type de produit (PBSC, MO or DLI)			
Produit(s) additionnels inclus dans le protocole pouvant être requis par la suite :			
Justification pour le type de cellules souches choisie : SVP indiquer le choix afin de mieux préparer le donneur			
Dates favorisées de prélèvement	Date planifiée de la greffe		
1.		Nombre de jours total requis pour la préparation du patient : _____	Nombre de jours requis entre l'autorisation au don et le don: _____
2.			
3.			

REQUÊTE DE PRÉPARATION AU DON DE CELLULES SOUCHES

Nom du Patient: (Nom et Prénom)	No Héma-Québec du Patient:
DDN du patient : (jj/mm/aaaa)	No International du Patient :
Centre Transplantateur:	No Héma-Québec du Donneur:
Registre Donneur:	No International du Donneur:

SECTION 3 – VÉRIFICATION DE TYPAGE HLA

Patient	Donneur
<input type="checkbox"/> Résultats en pièce jointe <input type="checkbox"/> Résultats en attente <i>CT/Workup</i> (sera disponible avant l'autorisation au don du donneur)	<input type="checkbox"/> Résultats en pièce jointe <input type="checkbox"/> Résultats en attente <i>CT/Workup</i> (sera disponible avant l'autorisation au don du donneur)

SECTION 4 – ÉCHANTILLONS PRÉ-COLLECTE (SANG PÉRIPHÉRIQUE DU DONNEUR MAX 50mL)

Sans anticoagulant	mL	Expédiez les échantillons à l'adresse ci-dessous : Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone/Télécopieur: _____
ACD-A	mL	
Héparine sodique	mL	
EDTA	mL	
Autre, spécifiez:	mL	
Livraison des échantillons (jours acceptables) <input type="checkbox"/> Instructions spécifiques à l'entreposage, la manutention et au transport en pièce jointe, si requis.		<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Samedi <input type="checkbox"/> Dimanche

REQUÊTE DE PRÉPARATION AU DON DE CELLULES SOUCHES

Nom du Patient: (Nom et Prénom)	No Héma-Québec du Patient:
DDN du patient : (jj/mm/aaaa)	No International du Patient :
Centre Transplantateur:	No Héma-Québec du Donneur:
Registre Donneur:	No International du Donneur:

SECTION 5 – PRESCRIPTION ET SPÉCIFICATIONS POUR LA COLLECTE DE CELLULES SOUCHES

	HPC, Marrow	HPC, Apheresis	MNC, Apheresis
Quantité de cellules nucléiques demandée par kg (non corrigée)	$x10^8$ TNC/kg	$x10^6$ CD34 ⁺ /kg	$x10^8$ CD3 ⁺ /kg
X Poids du receveur (kg)	kg	kg	kg
= Cellules nucléiques totales pour le patient (non corrigée)	$x10^8$	$x10^6$	$x10^8$
+ Cellules nucléiques pour le contrôle qualité	$x10^8$	$x10^6$	$x10^8$
= Total des cellules nucléiques totales	$x10^8$ TNC	$x10^6$ CD34⁺	$x10^8$ CD3⁺
Si plasma additionnel requis, spécifier la concentration finale			
Température d'entreposage requise :	°C	°C	°C
Estimation du volume minimal de moelle basée sur le total des cellules nucléiques demandé : (Volume maximal pouvant être prélevé ne doit pas dépasser 20 mL/kg du poids du donneur)			
Don de moelle osseuse Anticoagulants requis	Héparine: μ /mL	ACD-A: vol. ACD-A:vol.BM	
	<input type="checkbox"/> Selon la procédure du CC	Autre, spécifiez:	
Manipulation de la moelle avant l'administration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Réduction d'érythrocytes <input type="checkbox"/> Réduction du plasma	Autre, spécifiez :	

REQUÊTE DE PRÉPARATION AU DON DE CELLULES SOUCHES

Nom du Patient: (Nom et Prénom)	No Héma-Québec du Patient:
DDN du patient : (jj/mm/aaaa)	No International du Patient :
Centre Transplantateur:	No Héma-Québec du Donneur:
Registre Donneur:	No International du Donneur:

SECTION 6 – ÉCHANTILLONS REQUIS AU MOMENT DE LA COLLECTE

Échantillons de sang périphérique à être prélevé au moment du prélèvement (MAX 50 mL)		Échantillons du produit	
Sans anticoagulant	mL	Sans anticoagulant	mL
ACD-A	mL	ACD-A	mL
Héparine sodique	mL	Héparine sodique	mL
EDTA	mL	EDTA	mL
Autre, spécifiez:	mL	Autre, spécifiez:	mL

SECTION 7 – RECHERCHE

Des échantillons seront-ils utilisés pour fins de recherche? Oui (compléter la section plus bas) Non

Protocole de recherche	
No. Protocole	
Approuvé par IRB?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
Soumettre une copie du protocole et formulaire de consentement du donneur	<input type="checkbox"/> Pièce jointe <input type="checkbox"/> Déjà soumis à Héma-Québec

J'ai vérifié que le groupe ABO, le degré de compatibilité HLA et les résultats de marqueurs virologiques sont acceptables afin de procéder au prélèvement de cellules souches pour le patient mentionné plus haut.

Complété par: _____ Date: _____
jj/mm/aaaa

À la demande du médecin greffeur : _____

(Caractère d'imprimerie)

REQUÊTE DE PRÉPARATION AU DON DE CELLULES SOUCHES

Nom du Patient: (Nom et Prénom)	No Héma-Québec du Patient:
DDN du patient : (jj/mm/aaaa)	No International du Patient :
Centre Transplantateur:	No Héma-Québec du Donneur:
Registre Donneur:	No International du Donneur:

SECTION 8 – DÉTAILS DE LIVRAISON DU PRODUIT

Nom du Centre transplantateur :	
À l'attention de :	
Adresse : (#, rue, ville, province, code postal, pays)	
Numéro téléphone :	
Numéro téléavertisseur :	

CLAUSE DE RESPONSABILITÉS

- Le produit de cellules souches prélevé de ce donneur est destiné uniquement à des fins de traitement thérapeutique immédiat pour le patient mentionné ci-dessus. Toute cryopréservation prévue des produits cellulaires avant l'infusion requiert l'approbation écrite préalable du donneur.
- Les cellules en excès peuvent être congelées et conservées au centre transplantateur pour un traitement thérapeutique futur du patient mentionné ci-dessus. Aucune autre utilisation de ces cellules n'est autorisée. Les cellules qui ne sont pas utilisées pour le traitement thérapeutique du patient mentionné ci-dessus doivent être détruites de façon appropriées et les détails doivent être fournis au registre.
- Le centre transplantateur doit fournir des informations détaillées concernant l'utilisation et/ou la destruction de toute portion du produit cellulaire cryopréservé. En acceptant ces cellules, le médecin greffeur accepte aussi ces termes et conditions. Une déviation de ces termes et conditions n'est pas autorisée sans l'autorisation écrite préalable du registre.
- Tout événement grave relié au produit de cellules souches et/ou effet indésirable doit être signalé au registre responsable et au centre transplantateur. Les rapports SEAR/SPEAR doivent être remplis par le registre fournissant le produit et soumis au WMDA. Les détails doivent être également soumis au centre collecteur.