

NAVODILA ZA NAPOTITEV BOLNIKOV NA RAZGOVOR ZA PRESADITEV KRVOTVORNIH MATIČNIH CELIC

BOLNIKI Z DISEMINIRANIM PLAZMOCITOMOM

Bolnika predstavimo transplantacijskemu konziliju po zaključenem 3. ali 4. krogu indukcijskega zdravljenja. Običajno bo bolnik po zbiranju celic med čakanjem na presaditev prejel še en krog zdravljenja.

Vso potrebno dokumentacijo, ki je navedena v nadaljevanju, pošljemo po pošti na Klinični oddelek za hematologijo UKC Ljubljana (KOH).

Na Prijavi je potrebno navesti bolnikove kontaktne podatke (telefon in naslov), da ga bomo lahko poklicali na razgovor.

Bolniki imajo razgovor pri specialistu hematologu usmerjenim v presaditve. Datum razgovora z zdravnikom in medicinsko sestro se določi v dogovoru z bolnikom po prejemu bolnikove dokumentacije. Po uradnem razgovoru na KOH bolniki podpišejo soglasja.

Po določitvi datuma zbiranja bolnika napotimo še na ZTM na razgovor s transfuziologom in pregled perifernega žilnega pristopa.

Bolnik naj na razgovor pride z veljavno napotnico, veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja (urejeno dodatno zavarovanje) in osebnim dokumentom (osebna izkaznica ali potni list). Če bolnik ob prijavi še ni opravil vseh zahtevanih preiskav, naj manjkajoče izvide prinese s seboj na razgovor.

DOKUMENTACIJA ZA NAPOTITEV BOLNIKOV NA PKMC

a) AVTOLOGNA PRESADITEV

Obrazci:

- Prijava na postopek presaditve CKM/Zdravljenja s celično terapijo (OB 1556)
- Izpis iz registra SRHN za bolnike z DP

Izvidi:

- Serološke preiskave: HbsAg, anti-HBc, anti-HCV, anti-HIV+p24Ag, anti-Treponema pallidum (kopija)
- Krvna skupina (kopija)
- Citogenetika ob diagnozi (kopija izvida)
- EKG
- UZ srca
- Spirometrija
- Difuzijska kapaciteta (DLco)
- Izvid zadnjega hemograma
- Izvid določitve vrste monoklonalnega imunoglobulina (bolniki z DP)

Dekurzus bolezni iz katerega so točno razvidni:

- Točna diagnoza, vključno histološka, imunološka in klinična klasifikacija
- Datum ugotovitve bolezni
- Dosedanje zdravljenje (datum začetka, vrsta in število krogov zdravljenja)
- Stanje bolezni pred zbiranjem matičnih celic

Priložiti še: Potrdilo o izdani e-napotnici s stopnjo nujnosti »hitro« (potrebna je zaradi vpisne številke, ki omogoča prenos bolnika iz sistema ZZZS v operacijski sistem Hipokrat, in nato uvrstitve na elektronski koledar za vodenje postopka presaditve)

b) ALOGENSKA PRESADITEV

- Obrazci: - Prijava na postopek presaditve CKM/Zdravljenja s celično terapijo (OB 1556)
- Izvidi:
- Serološke preiskave: Anti-HAV IgG in IgM, HBsAg, anti-HBc, anti-HBe in anti-HBs, anti-HCV, anti-HIV+p24Ag, anti-CMV IgG in IgM, anti-Treponema pallidum, anti-Toxoplasma IgG in IgM
 - Krvna skupina (kopija)
 - Citogenetika in molekularna genetika ob diagnozi (kopija izvida)
 - EKG
 - UZ srca
 - Spirometrija
 - Difuzijska kapaciteta (DLco)
- Dekurzus bolezni iz katerega so točno razvidni:
- Točna diagnoza, vključno histološka, imunološka in klinična klasifikacija
 - Datum postavitve diagnoze
 - Dosedanje zdravljenje (datum začetka, vrsta in število ciklov zdravljenja)
- Priložiti še: Potrdilo o izdani e-napotnici s stopnjo nujnosti »hitro« (potrebna je zaradi vpisne številke, ki omogoča prenos bolnika iz sistema ZZZS v operacijski sistem Hipokrat, in nato uvrstitve na elektronski koledar za vodenje postopka presaditve)
- Dokumentacijo pošljemo po pošti na naslov: *Klinični oddelek za hematologijo
UKC Ljubljana Zaloška 7
1000 Ljubljana
(za Ireno Škoda Goričan)*

VODENJE BOLNIKOV Z DISEMINIRANIM PLAZMOCITOMOM V SRHN / PO AVTOLOGNI PKMC

a) POROČANJE V SRHN

V register je potrebno vnesti podatke 100 dni po presaditvi (se avtomatično prenese iz sistema Hipokrat, če je bolnik pregledan na KOH) in nato najmanj enkrat letno. Prav tako je potrebno vpisovati podatke o zdravljenju, o relapsu in podatke za analizo preživetja (npr. smrt, napredovanje v drugo bolezen).

b) PROFILAKSA IN CEPLJENJE

Valaciklovir: 2x 500 mg 6 mesecev po presaditvi

Primotren: 2 tbl. 3x tedensko (ponedeljek, sreda, petek) 6 mesecev po presaditvi

c) AMBULANTNO SPREMLJANJE NA KOH

Bolniki naj se enkrat letno spremljajo v ambulanti na KOH.

Glede na nacionalna priporočila je potrebno cepljenje proti naslednjim nalezljivim boleznim:

Bolezen / povzročitelj - cepivo	Priporočilo (meseci po PKMC)	Priporočena shema (presledki v mesecih)
Pnevmokok - 13-val konjugirano mrtvo (PCV 13) - 23-val polisaharidno mrtvo (PPV 23)	Da (3 - 6)	3 odmerki PCV 13 in kot 4. odmerek PPV 23 (0, 2, 4, 10); Revakc. s PPV 23 po 5 letih
Davica, tetanus, oslovski kašelj, hemophilus influence tip b, otroška paraliza - 5-val mrtvo (DiTePer/Hib/IPV)	Da (6 - 12)	3 odmerki (0, 2, 6 - 12)
Hepatitis B - rekombinantno mrtvo	Da (6 - 12)	3 odmerki (0, 1, 6)
Gripa - mrtvo	Da - sezonsko (4 - 6)	1 odmerek
Ošpice, mumps, rdečke - živo oslabiljeno (OMR)*	Da (>24)	2 odmerka (0, 1)
Norice - živo oslabiljeno*	Da (>24)	2 odmerka (0, 2)
Meningokok - 4-val konjugirano mrtvo (A, C, W-135, Y) - rekombinantno mrtvo (B)	Kot za ostalo populacijo (6 - 12)	1 odmerek 2 odmerka (0, 1)
Humani papilomavirusi - 9-val mrtvo (HPV)	Kot za ostalo populacijo (6 - 12)	2 odmerka pri <15 let 3 odmerki pri ≥ 15 let (0, 6 oz. 0, 2, 6)
Klopni meningoencefalitis - mrtvo	Kot za ostalo populacijo (6 – 12)	3 odmerki (0, 1-3, 5-12); Revakcinacije na 3 oz. 5 let - samoplačniško

* Cepljenje z oslabiljenimi živimi cepivi se opravi le po pridobljenem pisnem mnenju hematologa, ki pred cepljenjem določi raven protiteles proti ošpicam in noricam.

Za cepljenje se dogovorite na ustrezni območni enoti (OE) Nacionalnega inštituta za javno zdravje

(<http://www.nijz.si/sl/ambulante>):

OE Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, Tel: 01 586 3900

OE Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje, Tel: 03 425 1121, 03 425 1122

OE Koper, Vojkovo nabrežje 4a, 6000 Koper, Tel: 05 663 0842

OE Kranj, Gosposvetska 12, 4000 Kranj, Tel: 04 201 7166

OE Maribor, Prvomajska ulica 1, 2000 Maribor, Tel: 02 450 0145

OE Murska Sobota, Ulica Arhitekta Novaka 2b, 9000 Murska Sobota, Tel: 02 5302 140

OE Nova Gorica, Vipavska cesta 13, 5000 Nova Gorica, Tel: 05 330 86 12

OE Novo mesto, Muzejska ulica 5, 8000 Novo Mesto, Tel: 07 39 34 140

OE Ravne na Koroškem, Ob Suhi 5b, 2390 Ravne na Koroškem, Tel: 02 8705 608



6436

PRIJAVA NA POSTOPEK PRESADITVE CKM/ZDRAVLJENJA S CELIČNO TERAPIJO

A. Izpolni prijavitelj

Priimek in ime bolnika/prejemnika:

Datum rojstva: Tel. številka:

Diagnoza (WHO):

Vrsta presaditve CKM/zdravljenja s celično terapijo:

avtologna	sorodna	alogenška nesorodna	CAR-T	MMC	DLI
-----------	---------	------------------------	-------	-----	-----

Telesna masa [kg]: Datum tehtanja:

Krvna skupina: Datum preiskave/izvid: Izvid priložen: Serološke preiskave*: Datum preiskave/CMV status: Izvid priložen: EKG: Datum preiskave: Izvid priložen: UZ srca: Datum preiskave: Izvid priložen: Spirometrija: Datum preiskave: Izvid priložen: DL_{co} (TL_{co}): Datum preiskave: Izvid priložen: **za avtologne: HBsAg, anti-HBc, anti-HCV, anti-HIV+p24Ag, anti-Treponema pallidum***za alogenske: Anti-HAV IgG in IgM, HBsAg, anti-HBc, anti-HBe in anti-HBs, anti-HCV, anti-HIV+p24Ag, anti-CMV IgG in IgM, anti-Treponema pallidum, anti-Toxoplasma IgG in IgM.*

Lečeči zdravnik: Prijavo izpolnil:

Datum prijave: Podpis:

B. Izpolni koordinator za presaditve

Razgovor: Datum razgovora: Kdo:

Zbiranje: Predvideni datum zbiranja:.....

HLA tipizacija – pri alogenski PKMC (datum odvzema):

Bolnik:..... Sorojenci:

Opombe:

Datum zaključka prijave:..... Prijavo zaključil:..... Podpis:.....