

Anforderung zur Durchführung einer Extrakorporalen Photopherese (ECP)

Patient/in: _____
Name, Vorname, Geb.-Datum

Patienten-Etikett

Grunderkrankung: _____

Transplantationsdatum: _____

Indikation für ECP: akute GvHD chronische GvHD Gesamtgrad _____

Organmanifestation: Haut Darm
Leber Lunge andere _____

Aktuelle Therapie: _____
(Cyclosporin?, Steroide?, Andere?)

Angestrebte ECP (Anzahl) pro Woche: _____

Blutbild: Leukozyten _____ Hb _____ Thrombo _____

Infektion oder Besiedlung mit resistenten Erregern (MRSA, PJP, C.Diff., etc.):

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift
anfordernde Klinik: _____

Stempel
anfordernde Klinik