

پیوست ۶. فرم پیگیری (Follow up) پیوند سلول‌های بنیادی خون بند ناف

<b>اطلاعات گیرنده پیوند</b>	
نام گیرنده:	نام خانوادگی گیرنده:
کد پذیره نویسی گیرنده:	
نام مرکز پیوند:	
تاریخ تولد گیرنده:	تاریخ پذیره نویسی گیرنده:
تاریخ پیوند:	تاریخ آخرین تماس:

<b>اطلاعات اهدا کننده (دهنده) پیوند</b>	
کد پذیره نویسی دهنده:	
GRID ( شناسه ثبت جهانی برای اهدا کنندگان )	
<b>اطلاعات پیگیری (Follow up)</b>	
آیا گیرنده پیوند زنده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت فوت گیرنده، تاریخ وفات:	
علت اصلی مرگ:	
عود بیماری: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
آیا همه نمونه خون بندناف برای پیوند استفاده شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ تزریق:	
آیا بخشی از نمونه خون بند ناف برای پیوند استفاده شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله، تعدا سلول تزریق شده:	
آیا بخشی از خون بند ناف دور ریخته شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله: روش دور ریختن:	
آیا پیوند رد شد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله: تاریخ دقیق رد پیوند:	
GVHD حاد: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر بله درجه: درجه I: درجه II: درجه III: درجه IV:	
آیا گیرنده پیوند: دوباره تحت پیوند قرار گرفته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
تحت تزریق لنفوسیت قرار گرفته است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
گیرنده تا چه حد بهبود یافته است؟	
توضیحات:	
نماینده مرکز پیوند:	تاریخ:
	امضا: