BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA
SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
med.sbsc@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Gesuch Fremdspendersuche
Demande de recherche de donneur non apparenté

Datum Start Gesuch: *Date de lancement de la demande:*	
Art des Antrags *Type de demande*	Gesuch für die Suche nach unverwandten Blutstammzellspendern *Demande de recherche de donneurs de cellules souches du sang non apparentés*
Grund des Gesuchs *Motif de la demande*	☐ Alter Patient / *Age du patient* ☐ Indikation/*Indication* ☐ Restart < 6 Monate nach Suchstopp/*< 6 mois après l'arrêt de la recherche* ☐ Parallele Suche verwandte Spender/*Recherche parallèle d'un donneur apparenté* ☐ Parallele Suche CBU/*Recherche parallèle de CBU*
Antrag an: *Demande adressée à:*	Kommission allogene Transplantation (KAT) *Commission transplantation allogénique (KAT)*
Patient: Name/Vorname: *Patient: nom/prénom*	
Geburtsdatum *Date de naissance*	
Geschlecht *Sexe*	○ männlich / masculin ○ weiblich / féminin
Antragsteller TZ/Name: *CT demandeur/nom:*	Wählen Sie ein Element aus.

Informationen zur Beurteilung des Gesuchs (gemäss POL_009):
Informations sur l'évaluation de la demande (selon POL_009):

Diagnose, Verlauf der Grundkrankheit/*Diagnostic, déroulement de la maladie de base:*

BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA
SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
med.sbsc@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Patient: Name/Vorname:
Patient: nom/prénom

Risikofaktoren/*Facteurs de risque:*

Familienspender vorhanden: ○ ja/*oui* ○ nein/*non*
Donneur apparenté disponible

wenn ja, spendetauglich ○ ja/oui ○ nein/*non*
si oui, apte au don

wenn ja, Grund:
si oui, motif:

BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ
TRANSFUSION CRS SUISSE
TRASFUSIONE CRS SVIZZERA
SWISS BLOOD STEM CELLS

Blutspende SRK Schweiz AG
Tel. +41 (0)31 380 81 81
med.sbsc@blutspende.ch
www.blutspende.ch

Patient: Name/Vorname:
Patient: nom/prénom

Comorbidity (Sorror Score):

present		HCT-CI	Comorbidity	Definitions
yes ○	no ○	1	Arrhythmia	Atrial fibrillation or flutter, sick sinus syndrome, or ventricular arrhythmias
yes ○	no ○	1	Cardiac	Coronary artery disease*, congestive heart failure, myocardial infarction, or EF ≤ 50%
yes ○	no ○	1	Inflammatory bowel disease	Crohns disease or ulcerative colitis
yes ○	no ○	1	Diabetes	Requiring treatment with insulin or oral hypoglycemics but not diet alone
yes ○	no ○	1	Cerebrovascular disease	Transient ischemic attack or cerebrovascular accident
yes ○	no ○	1	Psychiatric disturbance	Depression or anxiety requiring psychiatric consult or treatment
yes ○	no ○	1	Hepatic, mild	Chronic hepatitis, bilirubin > ULN to 1.5 x ULN, or AST/ALT > ULN to 2.5 x ULN
yes ○	no ○	1	Obesity	Patients with a body mass index > 35 kg/m2
yes ○	no ○	1	Infection	Requiring continuation of antimicrobial treatment after day 0
yes ○	no ○	2	Rheumatologic	SLE, RA, Polymyositis, Polymyalgia rheumatica, „mixed connective tissue disease“
yes ○	no ○	2	Peptic ulcer	Requiring treatment
yes ○	no ○	2	Moderate/severe renal	Serum creatinine > 176 µmol/l , on dialysis, or prior renal transplantation
yes ○	no ○	2	Moderate pulmonary	DLco and/or FEV1 66%-80% or dyspnea on slight activity
yes ○	no ○	3	Prior solid tumor	Treated at any time point in the patient's past history, excluding nonmelanoma skin cancer
yes ○	no ○	3	Heart valve disease	Except mitral valve prolapse
yes ○	no ○	3	Severe pulmonary	DLco and/or FEV1 ≤ 65% or dyspnea at rest or requiring oxygen
yes ○	no ○	3	Moderate/severe hepatic	Liver cirrhosis, bilirubin > 1.5 x ULN, or AST/ALT > 2.5 x ULN

*≥ 1-vessel-coronary artery stenosis, requiring medical treatment, stent or bypass graft.

Total score:

Applicant

Date / Signature