

CHECKLISTA - AHSCT

PROVTAGNING OCH KONTROLLER:

| | PROV/KONTROLL | INNAN START AV BEHANDLING (BASELINE) | 3 MÅNADER + 6 MÅNADER | ÅRLIGEN | REGISTRERING I SMSreg (www.neuroreg.se) |
|--|---|--|---------------------------------|---------|---|
| PREPARATSPECIFIKA KONTROLLER | | | | | |
| 1 | PRETRANSPLANTATIONSUTREDNING (SKER I SAMRÅD MED HEMATOLOG) | JA | | | NEJ |
| 2 | BLODSTATUS MED DIFF, NJURPROFIL, LEVERPROFIL, TYREOIDEAPROFIL | | JA | JA | NEJ |
| ALLMÄN MS-UPPFÖLJNING | | | | | |
| 3 | MRI | JA | JA | JA | JA |
| 4 | EDSS | JA | JA | JA | JA |
| 5 | MS-KOLLEN | JA | | JA | JA |
| 6 | BIVERKNINGAR | NEJ | SKA MONITORERAS VID VARJE BESÖK | | JA |
| YTTERLIGARE UPPFÖLJNING SON KAN REKOMMENDERAS | | | | | |
| 1 | BIOBANKSPROVER/ FORSKNINGSPROVER | JA | JA | JA | NEJ |
| 2 | SDMT | JA | | JA | JA |
| 3 | MSIS-29 | JA | | JA | JA |