

Introduktion och fortbildning läkare, självskattningsformulär, HEM 13832

För:

Del 1: Inläsning av processbeskrivningar

Dokumentet nedan bör läsas under första månaden av tjänstgöring samt i samband med självskattningen var 4:e år.

[Allogen HSCT handläggning av vuxen patient, process, HEM 12844](#)

Läst datum: _____

[Allogen HSCT handläggning av vuxen donator, process, HEM 12854](#)

Läst datum: _____

[Benmärgsdonation vuxen donator vid Kirurgoperation, process, HEM 13344](#)

Läst datum: _____

[CAR T-cellsbehandling, processbeskrivning 23346](#)

Läst datum: _____

DEL 2: Självskattning utbildning och kompetens

Många delar av listan nedan ingår i grundutbildningen till läkare samt ST-tjänstgöring i internmedicin och hematologi, andra moment är specifika för att uppnå relevant kompetens för arbete inom JACIE-ackrediterad verksamhet. Syftet med självskattningen är att få ett underlag för att kunna identifiera områden där ytterligare utbildning och kompetens är nödvändig. Fylls i vid nyanställning samt var 4:e år.

Ämne/moment	Jag har någon gång fått utbildning i detta moment. Ringa in Ja eller Nej.		Självskattning kompetens. Ringa in 1 eller 2. 1=Kan utföra självständigt (inkl med hjälp av SOP) 2=Kan ej utföra självständigt. Behöver teori/praktik		Om Nej och nr. 2 är inringad: Sektionschef anger åtgärdsplan	Utvärdering
Transplantation, donation och cellterapibehandling						
1. Indikation för autolog och allogen HSCT	Ja	Nej	1	2		
2. Val av lämplig mottagare, utredning samt utvärdering	Ja	Nej	1	2		
3. Initiera donatorsökning, inkl. donatorsregister, välja stamcellskälla	Ja	Nej	1	2		
4. HLA-typning, metod och innebörd	Ja	Nej	1	2		
5. Val av donator, utvärdering om donators lämplighet, godkännande samt handläggning av donator	Ja	Nej	1	2		
6. Informerat samtycke från donator och mottagare	Ja	Nej	1	2		
7. Val och administrering av konditioneringsregimer	Ja	Nej	1	2		
8. Administrering av tillväxtfaktorer för mobilisering av blodstamceller samt post-HSCT för märgrekonstitution	Ja	Nej	1	2		
9. Administrering av blodstamceller samt omhändertagande av patient i samband med transplantation, inkl handläggning då ABO-inkompatibla cellprodukter ska ges	Ja	Nej	1	2		
10. Administrering av cellterapi inkl. genetiskt modifierade celler (t ex CAR T) och andra cellterapi	Ja	Nej	1	2		
11. Blodtransfusion och användning av bestrålade blodprodukter	Ja	Nej	1	2		
12. Åldersspecifika detaljer för vård av donator och patient	Ja	Nej	1	2		
13. Dokumentation och rapportering av patienter som ingår i forskningsstudie	Ja	Nej	1	2		
14. Tillämpbara lagar om rapporteringsansvar vid tillbud och avvikelser	Ja	Nej	1	2		
Diagnostik och behandling av						
15. Neutropen feber	Ja	Nej	1	2		
16. Infektiösa och icke-infektiösa lungkomplikationer	Ja	Nej	1	2		
17. Svampinfektioner	Ja	Nej	1	2		

Rubrik: Introduktion och fortbildning läkare, självskattningsformulär, HEM 13832

Sidan 2 av 4

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13832

Version: 5

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Ämne/moment	Jag har någon gång fått utbildning i detta moment. Ringa in Ja eller Nej.		Självskattning kompetens. Ringa in 1 eller 2. 1=Kan utföra självständigt (inkl med hjälp av SOP) 2=Kan ej utföra självständigt. Behöver teori/praktik		Om Nej och nr. 2 är inringad: Sektionschef anger åtgärdsplan	Utvärdering
18. Lever-VOD och andra orsaker till leversvikt	Ja	Nej	1	2		
19. Trombocytopeni och blödning, DIC	Ja	Nej	1	2		
20. Hemorragisk cystit	Ja	Nej	1	2		
21. Mukosit, illamående och kräkning	Ja	Nej	1	2		
22. Smärta	Ja	Nej	1	2		
23. Akut GvHD	Ja	Nej	1	2		
24. Kronisk GvHD	Ja	Nej	1	2		
25. Hudkomplikationer	Ja	Nej	1	2		
26. Graft failure efter HSCT	Ja	Nej	1	2		
27. Immunbrist	Ja	Nej	1	2		
28. Infektionskomplikationer, t ex opportunistiska infektioner	Ja	Nej	1	2		
29. Cytokinfrisläppningssyndrom (CRS)	Ja	Nej	1	2		
30. Tumörlyssyndrom och makrofagaktiveringssyndrom	Ja	Nej	1	2		
31. Neurologisk toxicitet (ICANS)	Ja	Nej	1	2		
32. Hjärtsvikt	Ja	Nej	1	2		
33. Njursvikt	Ja	Nej	1	2		
34. ARDS	Ja	Nej	1	2		
35. Anafylaxi	Ja	Nej	1	2		
36. Infektiösa och icke-infektiösa processer	Ja	Nej	1	2		
37. Palliativ vård och vård i livets slutskede						
Utvärdering av behandling						
38. Utvärdering av mærganslag, immunrekonstitution och evaluering av chimerism efter HSCT	Ja	Nej	1	2		
39. Utvärdering av cellterapibehandling	Ja	Nej	1	2		
Ha kännedom om						
40. Extrakorporal fotoferes mot GvHD	Ja	Nej	1	2		
41. Stamcellslaboratoriets hantering av stamceller	Ja	Nej	1	2		

Rubrik: Introduktion och fortbildning läkare, självskattningsformulär, HEM 13832

Sidan 3 av 4

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13832

Version: 5

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Ämne/moment	Jag har någon gång fått utbildning i detta moment. Ringa in Ja eller Nej.		Självskattning kompetens. Ringa in 1 eller 2. 1=Kan utföra självständigt (inkl med hjälp av SOP) 2=Kan ej utföra självständigt. Behöver teori/praktik		Om Nej och nr. 2 är inringad: Sektionschef anger åtgärdsplan	Utvärdering
42. Infrysning av stamceller	Ja	Nej	1	2		
43. Procedur vid benmärgsdonation	Ja	Nej	1	2		
44. Procedur vid aferesinsamling av stamceller och T-celler	Ja	Nej	1	2		
45. Depletion, volymreduktion och spädning av cellterapiprodukter	Ja	Nej	1	2		
46. Administrering av andra cellterapiprodukter (t ex DLI, mesenkymala stamceller)	Ja	Nej	1	2		
Erfarenhet av benmärgsdonation						
47. För nyanställd som ej tidigare varit anställd som läkare på HEM: Hur många benmärgsdonationer har du deltagit i operationsklädd?	Ja	Nej	Ange antal och år för senast utförda:		Om färre än 2 ska planering för deltagande prioriteras.	

Datum: _____ Signatur läkare: _____

Datum sektionschefs bedömning: _____ Signatur: _____

Datum vidimering av programansvarig: _____ Signatur: _____

Sparas hos sektionschef i minst 3 år.