

ドナー安全委員会・事務局 (FAX) → 移植施設 → ドナー安全委員会・事務局

術前健診結果報告兼前処置確認依頼書

送信日 4XXX 年 2X 月 2X 日

移植施設 23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

移植施設担当医師 10XXXXXXXXXX先生 (FAX 12XXXXXXXXXX)

- ・患者 10XXXXXXXXXX様 ID 8XXXXXXXX
- ・ドナー ID 9XXXXXXXX
- ・採取前健診実施日 4XXX 年 2X 月 2X 日 (1)
- ・骨髓採取予定日 4XXX 年 2X 月 2X 日 (1)

採取施設より上記患者の移植に関するドナーの術前健診結果の報告がありました。

☐ 骨髓採取を決定いたしました。

☐ 骨髓採取について、判定保留とします。(再検査予定日: 2X 月 2X 日 / 未定)

※判定保留の場合、関係者での協議あるいは再検査実施後に最終的な報告をさせていただきます。

☐ 骨髓採取を中止します。

【骨髓採取計画書より抜粋】(骨髓採取が最終決定した場合のみ記載しています。)

・骨髓採取施設名 23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

・採取担当医師 10XXXXXXXXXX先生

・骨髓採取予定量 4XXX ml (ドナー体重: 3XX kg Hb値: 4XXX g/dl)
(参考値: 患者標準採取量 4XXX ml / 患者体重: 3XX kg)

・予定希釈液 ☐ 生食 ☐ RPMI1640 ☐ その他 ()

・感染症

梅毒(ガラス板)	－・検査中・＋	HBs抗体	－・検査中・＋
梅毒(TPHA)	－・検査中・＋	HCV抗体	－・検査中・＋
HBs抗原	－・検査中・＋	HTLV-1	－・検査中・＋
HBc抗体	－・検査中・＋	HIV1/2	－・検査中・＋

・自己血採血予定日 1) 4XXX 年 2X 月 2X 日 (1)
2) 4XXX 年 2X 月 2X 日 (1)

※患者の前処置開始予定日を必ずお知らせください。FAX 03-5283-5629 ドナー安全委員会宛

(移植施設記入欄)

記入日 200 年 月 日

※ 患者前処置開始予定日 200 年 月 日 ()

※前処置開始日が変更になった場合は、お手数ですが下記事務局までお知らせください。

財団法人 骨髓移植推進財団
ドナー安全委員会・事務局
TEL 03-5280-2200