

2020 年 4 月 15 日

非血縁者間末梢血幹細胞採取/移植認定施設

採 取 責 任 医 師 各 位

輸 血 責 任 医 師 各 位

診 療 科 責 任 医 師 各 位

移 植 医 師 各 位

公益財団法人 日本骨髄バンク
医療委員会
ドナー安全委員会

末梢血幹細胞採取完了報告書(ハーベストレポート)の項目追加について(通知)

平素より骨髄バンク事業の推進に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、末梢血幹細胞採取において、赤血球混入量が多く含まれていた症例が報告されており、移植施設よりハーベストレポートに「プロダクトのヘマトクリット値」の追加検討依頼があり、当法人医療委員会、ドナー安全委員会で検討の結果、ハーベストレポートに「ヘマトクリット値」の項目を追加することとなりましたので、ご対応くださいますようお願いいたします。

記

1. 運用開始： 2020年 4月 20日 帳票変更分より順次

2. 追加項目：ヘマトクリット値： _____ %

※採取産物の液量とヘマトクリット値から、20ml 以上の赤血球の混入量が想定される血液型主不適合の移植の場合には、移植施設にて赤血球除去をご検討ください。

*別紙 末梢血幹細胞採取完了報告書(ハーベストレポート) 参照

3. 項目追加の経緯：

血液型主不適合ドナーからの PBSC 移植時にプロダクトへの赤血球混入量が多く、患者へのリスク回避のため輸注前に急遽対応が必要となったケースが複数報告され、移植施設より輸注後のリスク評価、および赤血球処理の要否判断や対応準備が行える等により、ハーベストレポートにヘマトクリット値を追加することについて検討依頼があった。

<移植施設の先生方へ>

日本通運(株)へ運搬委託されている場合で、事前にヘマトクリット値を把握したい場合には、直接、採取施設へお問い合わせいただきますようお願いいたします。

以 上

■お問い合わせ先

公益財団法人 日本骨髄バンク

移植調整部 小川・戸田

TEL 03-5280-4771

ドナーコーディネート部 杉村・窪田

TEL 03-5280-2200

末梢血幹細胞採取完了報告書（ハーベストレポート・1日目）

ご記入の上末梢血幹細胞運搬担当者にお渡しください。

下記のとおり、末梢血幹細胞採取が終了したことを報告します。

1. ドナーID（ 9XXXXXXX ） 血液型：（ ・Rh + - ）

2. 末梢血幹細胞採取日： 20 年 月 日（ ）

3. 末梢血幹細胞液量： ml

ヘマトクリット値： %

※採取産物の液量とヘマトクリット値から、20ml以上の赤血球の混入量が想定される
血液型主不適合の移植の場合には、移植施設にて赤血球除去をご検討ください。

抗凝固剤：
☐ ACD-A液
☐ ヘパリン
☐ その他（ ）

4. 細胞数 ※細胞数が判明していない場合は、未記入のままお渡しください。

採取有核細胞数【絶対数】： $\times 10^{10}$

※絶対数の桁数表示を 10^{10} に変更しました。

CD34陽性細胞数【絶対数】： $\times 10^8$

CD34陽性細胞数【患者体重】： $\times 10^6$ /kg （患者体重 kg）

⇒ 2日目採取：☐ なし ☐ あり

5. コメント

20 年 月 日

採取施設名： 科

採取担当医師：