非血縁者間骨髄/末梢血幹細胞採取認定施設 採取責任医師 各 位 輸血責任医師 各 位

> 公益財団法人 日本骨髄バンク 事 務 局

フォローアップ関連帳票の変更について(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お礼申し上げます。

さて、下記の各採取関連帳票を変更することとなりました。

つきましては、フォローアップ関連帳票変更 新旧対照表を参照の上、ご対応くださいますようお願いいたします。

記

- 1. 2019年 8月 15日 帳票変更分より順次
- 2. 対象帳票
 - 骨髓採取関連 骨髓採取計画書、非血縁者間 • 骨髓採取報告書
 - •末梢血幹細胞採取関連 末梢血幹細胞採取計画書、G-CSF 投与報告書(2~6 日目)
 - ・DLI 関連 DLI 採血計画書

以上

■問い合わせ先 公益財団法人 日本骨髄バンク ドナーコーディネート部 杉村・窪田 TEL 03-5280-2200

フォローアップ関連帳票変更 新旧対照表(2019/8/15)

帳票名称	変更前	変更後							
●骨髄採取計画書	術前健診担当医: 印	術前健診担当医:自署							
	麻酔科担当医: 印	麻酔科担当医:自署							
	担当地区代表協力医師 確認 :	担当地区代表協力医師 確認 :自署							
	尚、麻酔科担当医の署名・捺印が遅れる場合には、署名・捺印なしの	尚、麻酔科担当医の署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急							
	ものを取り急ぎお送りいただき、後日、麻酔科担当医の署名・捺印入り	ぎお送りいただき、後日、麻酔科担当医の署名入りのものを追って							
	のものを追って FAX 送付してください。	FAX 送付してください。							
●末梢血幹細胞採取	術前健診担当医師: 印	術前健診担当医師:自署							
計画書	確認医師: 印	確認医師 :自署							
	担当地区代表協力医師 確認 :	担当地区代表協力医師 確認 :自署							
	尚、確認医師の署名・捺印が遅れる場合には、署名・捺印なしのもの	尚、確認医師の署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急ぎお							
	を取り急ぎお送りいただき、後日、確認医師の署名・捺印入りのものを	送りいただき、後日、確認医師の署名入りのものを追って FAX 送付し							
	追って FAX 送付してください。	てください。							
●DLI 採血計画書	採血医師名: 印	事前検査担当医 :自署							
	地区代表協力医師 確認:	地区代表協力医師 確認:自署							
非血緣者間・骨髄採取	採取担当医師: 印	採取担当医師:							
報告書									
G-CSF 投与報告書	特記事項	【削除】							
(2~6 日目) 1/6	【新規】	▼2ページ目以降に記載がない場合、以下署名の上、1/6のみFAX送							
		付してください。							
		20年月日							
		施設名および所属 : 科							
		担当医師 :							

▼検査値は施設正常範	i囲内であればWNLに○ 範囲外であれば、施設正常値を記	入して下さい。						
【生化学】	施設正常值							
TPg/dl		NL · (-)						
ALBg/d1		NL · (-)						
T-Bilmg/d	1 WNL - (-) CRE mg/d1 W	NL · (-)						
AST (GOT) U/1	WNL · (-) UA mg/dl W	NL · (-)						
ALT (GPT)U/1	WNL - (-) () W	NL · (-)						
γ-GTU/1	WNL · (-) () W	NL · (-)						
9. 採取実施の判定								
	□ 1) 骨髄採取を決定しました。 (20 年)	F 月 日)						
以上、術前健康診断の	の結果、 □ 2) 骨髄採取について、判定保留とします	r.						
	(20 年 □ 3)骨髄採取を中止します。	月 日)						
「2・判定保留 3・探取中止」の場合、理由をご記入の上、担当地区事務局にご連絡下さい。								
10. 今後のスケジュール								
	①入院予定日: 月 日 ()	H						
	######################################	<u> </u>						
	③採取後健診予定日: 月 日 ()							
	以上、ご報告致します。 <u>20 年</u> <u></u>							
採取施設名 :		1						
術前健診担当医 自	1署							
111111111111111111111111111111111111111								
術前健診時の検査及び問	参等にて、不適格所見を認めず、現時点において麻酔可能	と考えます。						
麻酔科担当医(自署	图 20 年	月 日						
「探取計画書」は答	~ 前健診結果が遅れる場合であっても可能な限り術前健診後	1運間以内 に						
担当地区事務局にFAXに		TELEVISION IC.						
尚、麻酔科担当医の	署名が遅れる場合には、署名なしのものを取り急ぎお送り)いただき、						
後日、麻酔科担当医の 	<u>署名</u> 入りのものを追ってFAX送付して下さい。							
以下、事務局扱い	20	年 月 日						
	担当地区代表協力医師 確認 : 自署	7 4						
<u>コメント欄</u>	15日70区1040000000000000000000000000000000000							

採取施設 (FAX) → 3 X X 地区事務局 (FAX) → ドナー安全委員会事務局

ドナーID (9XXXXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXXXX)

末梢血幹細胞採取報告書(1日目/2日目速報)と共に担当地区事務局へFAXしてください。

G-CSF投与報告書 (2~6日目) 1/6

	G-CSF投与2日目 (月日)	G-CSF投与3日目 (月日)	G-CSF投与4日目 (月日)	G-CSF投与5日目 (月日)	G-CSF投与6日目 (月日)
G-CSF投与前評価 ◆身体所見 回ありの場合、2/6-4/6へご記入下さい。	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり
◆疼 痛 回ありの場合、5/6-6/6へご記入下さい。	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり	□なし □あり
G-CSF投与前パイタルサイン 血圧 脈拍 体温	/ naHs 回/分 ℃	/ maHg 回/分 ℃	/ mmHg 回/分 で	/ unlig 回/分 ℃	/ imalis 回/分 ℃
G-CSF投与 G-CSF減量の有無 ▼ G-CSFが中止となった場合は、 緊急連絡先へ報告してさい。	□減量なし □あり →理由 □VEC≥5万/μL □PIt<10万/μL □投与中止 →理由 □VBC≥7万5千/μL □PIt<5万/μL その他理由(具体的に)	□減量なし □あり →理由 □WBC≥5万/μL □PIt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □PIt<5万/μL その他理由(具体的に)	□減量なし □あり →理由 □WBC≥5万/μL □Plt<10万/μL □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μL □Plt<5万/μL その他理由(具体的に)	□減量なし □あり →理由 □WBC≥5万/μし □Pit<10万/μし □投与中止 →理由 □WBC≥7万5千/μし □Pit<5万/μし その他理由(具体的に)	□減量なし □あり →理由 □FBC≥5万/μL □PIt<10万/μL □投与中止 →理由 □FBC≥7万5千/μL □PIt<5万/μL その他理由(具体的に)
投与量等	ログラン ロノイトロジン ロフィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数:□1回 □2回	ログラン □ノイトロジン □フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数:□1回 □2回	□グラン ロノイトロジン□フィルグラスチムBS投与量: μg/day回数: □1回 □2回	□グラン □ノイトロジン□フィルグラスチムBS投与量: µg/day回数:□1回 □2回	□グラン □ノイトロジン □フィルグラスチムBS 投与量: μg/day 回数:□1回 □2回
併用薬	ロアセトアミノフェン □その他	□アセトアミノフェン□その他	ロアセトアミノフェン ロその他	□アセトアミノフェン□その他	□アセトアミノフェン □その他
G-CSF投与後パイクルサイン 血圧 脈拍 体温	/ mmHg 回/分 ℃	/ amang 回/分 ℃	/ maHg 回/分 で	/ aallg 回/分 ℃	/ maHg 回/分 ℃

▼2ページ目以降に記載がない場合、以下著名の上、1/6のみFAX送付してください。			_			20	年 _	月	F	i
施設名および所属:	科	担	当	医	師	; _				