

2018 年 12 月 14 日

非血縁者間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)

～末梢血幹細胞採取計画書等 G-CSF 製剤種類の項目追加～

拝啓

時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

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、2017 年 11 月に日本造血細胞移植学会より「G-CSF のバイオシミラー（G-CSF BS）を用い、健常人ドナーからの末梢血幹細胞動員・採取に関する日本造血細胞移植学会の見解」が出されたことを受け、このたび当法人ドナー安全委員会にて検討した結果、別紙 末梢血幹細胞採取計画書・G-CSF 投与報告書等の G-CSF 製剤の種類について項目を追加することとなりました。別紙ご確認の上、ご対応をお願いいたします。

今後とも骨髄バンク事業の推進にご協力の程お願い申し上げます。

敬具

本件に関する問い合わせ先

（公財）日本骨髄バンク  
ドナーコーディネート部 担当：杉村・窪田  
TEL：03-5280-2200  
FAX：03-5283-5629

**末梢血幹細胞採取計画書帳票変更 新旧対照表**

項目名	変更前	変更後
2. G-CSF 投与予定 2) 使用予定の G-CSF 製剤の種類	<input type="checkbox"/> グラン(体表面積 $\text{m}^2$ ) <input type="checkbox"/> ノイトロジン(体重 $\text{kg}$ )	(追加) <input type="checkbox"/> グラン(体表面積 $\text{m}^2$ ) <input type="checkbox"/> ノイトロジン(体重 $\text{kg}$ ) <input type="checkbox"/> <u>フィルグラスチム BS</u> [製薬会社名: _____] (体表面積 $\text{m}^2$ )
3) 1 日あたりの実投与予定量	_____ $\mu\text{g}$  【グラン: $400 \mu\text{g}/\text{m}^2$ (ドナー体表面積) またはノイトロジン: $10 \mu\text{g}$ (ドナー体重)】	_____ $\mu\text{g}$  (追加) 【グラン、 <u>フィルグラスチム BS</u> : $400 \mu\text{g}/\text{m}^2$ (ドナー体表面積)】 【ノイトロジン: $10 \mu\text{g}$ (ドナー体重)】

**G-CSF 投与報告書(1 日目～4 日目)・G-CSF 投与報告書兼末梢血幹細胞採取報告書(1 日目速報、2 日目速報)  
帳票変更 新旧対照表**

項目名	変更前	変更後
6. 投与量等	<input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン  【グラン: $400 \mu\text{g}/\text{m}^2$ (ドナー体表面積) またはノイトロジン: $10 \mu\text{g}$ (ドナー体重)】	(追加) <input type="checkbox"/> グラン <input type="checkbox"/> ノイトロジン <input type="checkbox"/> <u>フィルグラスチム BS</u> 【グラン、 <u>フィルグラスチム BS</u> : $400 \mu\text{g}/\text{m}^2$ (ドナー体表面積)】 【ノイトロジン: $10 \mu\text{g}$ (ドナー体重)】

骨髄採取施設・連絡責任者→ 3XX事務局 → ドナー安全委員会・事務局

末梢血幹細胞採取計画書 (兼 採取判定保留報告・採取中止報告) (1/2)

1. 採取予定日(1日目) : 20 年 月 日 ( ) 午前・午後

ドナーID (9XXXXXXXX) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 +- 年齢 \_\_\_\_\_ M・F  
患者 ID (8XXXXXXXX) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 血液型 \_\_\_\_\_ 型 +- 年齢 \_\_\_\_\_ M・F

## 2. G-CSF投与予定

- 1) G-CSF投与開始予定日 : 20 年 月 日 ( ) 午前・午後
- 2) 使用予定のG-CSF製剤の種類 : ☐ グラン (体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>) ☐ ノイトロジン (体重 \_\_\_\_\_ kg)  
☐ フィルグラスチムBS [製薬会社名: \_\_\_\_\_] (体表面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>)
- 3) 1日あたりの実投与予定量 : \_\_\_\_\_ μg  
 【グラン、フィルグラスチムBS : 400 μg/m<sup>2</sup> (ドナー体表面積)】  
 【ノイトロジン : 10 μg/kg (ドナー体重)】

3. 処理血液予定量 : \_\_\_\_\_ ml ( \_\_\_\_\_ ml/Kg) ← 【末梢血幹細胞採取マニュアルを参考に処理血液量を決定してください】

4. 使用予定の抗凝固剤の種類 : ☐ ACD-A液 ☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 術前健康診断実施日 20 年 月 日 ( )

## 6. 術前健康診断Data

【バイタルサイン(VS)】 : 血圧(BP) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍(P) \_\_\_\_\_ 体温(BT) \_\_\_\_\_ ℃

## 【血算】

WBC \_\_\_\_\_ /μl

RBC \_\_\_\_\_ ×10<sup>4</sup>/μl

Hb \_\_\_\_\_ g/dl

Hct \_\_\_\_\_ %

Plt \_\_\_\_\_ ×10<sup>4</sup>/μl

分画の異常 なし・あり

## 【特記事項】

【胸部XP】 異常なし・異常あり

【心電図】 異常なし・異常あり

【検尿】 異常なし・異常あり

【脾腫】 異常なし・異常あり

【凝固系】 異常なし・異常あり  
(PT \_\_\_\_\_ 秒 : APTT \_\_\_\_\_ 秒)【上肢静脈の確保】  
問題なし・問題あり

【妊娠反応検査】

実施 ・ 実施せず  
(妊娠検査は同意確認の上原則実施)

同 意 : あり・なし

検査結果 : - ・検査中・+

## 【感染症】

梅毒(STS) - ・検査中・+

梅毒(TPHA) - ・検査中・+

HBs抗原 - ・検査中・+

HBc抗体 - ・検査中・+

HBs抗体 - ・検査中・+

HCV抗体 - ・検査中・+

HTLV-1 - ・検査中・+

HIV1/2 - ・検査中・+

CMV抗体 - ・検査中・+

※CMV抗体の検査結果は、ドナー適格性に影響ありませんので、検査結果判明前であっても採取可否判定を行い地区事務局へご報告ください。

【不規則抗体検査】 - ・検査中・+

※2016/12/1より追加となりました。

【その他・理学的所見】

異常なし・異常あり

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

## G-CSF投与報告書 (1日目)

FAXにて、投与終了後速やかに担当地区事務局へ報告して下さい。

1. ドナーID (9XXXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXXX)

2. 実施日 : 20 年 月 日 午前・午後 時 分

3. G-CSF投与前身体所見

【バイタルサイン (VS)】 : 血圧 (BP) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 (P) \_\_\_\_\_ 体温 (BT) \_\_\_\_\_ °C

4. G-CSF投与前臨床検査値 ( 年 (西暦) 月 日)

## 【血算】

WBC \_\_\_\_\_ /  $\mu$ l  
 RBC \_\_\_\_\_  $\times 10^4$  /  $\mu$ l  
 Hb \_\_\_\_\_ g/dl  
 Hct \_\_\_\_\_ %  
 Plt \_\_\_\_\_  $\times 10^4$  /  $\mu$ l  
 分画の異常 なし ・ あり

## 【生化学】

TP \_\_\_\_\_ g/dl LDH \_\_\_\_\_ U/l  
 ALB \_\_\_\_\_ g/dl CRP \_\_\_\_\_ mg/dl  
 T-Bil \_\_\_\_\_ mg/dl UA \_\_\_\_\_ mg/dl  
 ALP \_\_\_\_\_ U/l  
 GOT \_\_\_\_\_ U/l  
 GPT \_\_\_\_\_ U/l  
 $\gamma$ -GTP \_\_\_\_\_ U/l  
 CPK \_\_\_\_\_ U/l  
 BUN \_\_\_\_\_ mg/dl  
 CRE \_\_\_\_\_ mg/dl

## 【電解質】

Na \_\_\_\_\_ mEq/l  
 K \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Cl \_\_\_\_\_ mEq/l  
 Ca \_\_\_\_\_ mEq/l

5. G-CSF投与可否

☐ 投与可 ☐ 投与中止  
 ⇒ 理由 : \_\_\_\_\_

6. 投与量等

: ☐ グラン ☐ ノイトロジン 回数 : ☐ 1回 ☐ 2回☐ フィルグラスチムBS 投与量 : \_\_\_\_\_  $\mu$ g/day【グラン、フィルグラスチムBS : 400  $\mu$ g/m<sup>2</sup> (ドナー体表面積)】【ノイトロジン : 10  $\mu$ g/kg (ドナー体重)】

7. 併用薬

: ☐ アセトアミノフェン  
☐ その他 NSAID

8. 投与後の特記事項

: ☐ なし  
☐ あり ⇒ \_\_\_\_\_

G-CSF投与報告書(2~4日目)及びG-CSF投与報告書兼末梢  
 血幹細胞採取報告書(1日目速報・2日目速報)の「6.投与  
 量等」も同様に変更となります。

【投与後バイタルサイン (VS)】 : 血圧 (BP) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍 (P) \_\_\_\_\_ 体温 (BT) \_\_\_\_\_ °C

▼ 大きな合併症が発生した場合は、Hot Lineで報告して下さい (電話番号は下欄をご参照下さい)

年 月 日

施設名及び所属 : \_\_\_\_\_ 病院 : \_\_\_\_\_ 科

担当医師 : \_\_\_\_\_

## HOT LINE (緊急連絡先)

月曜日～金曜日 9:00～17:30 : 3XX地区事務局 TEL 12XXXXXXXXXX FAX 12XXXXXXXXXX

月曜日～金曜日の時間外 および 土曜日・日曜日 : TEL 090-3478-6020