

2016 年 11 月 15 日

非血縁者間骨髄/末梢血

採取認定施設	採取担当医師	各 位
	輸血責任医師	各 位
移植認定診療科	連絡責任医師	各 位
	移植担当医師	各 位

公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナー安全委員会
医療委員会

DLI 全血採血量の変更について

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、このたび、移植施設より標記について現行の 200ml 上限の DLI 全血採血をドナーの安全の範囲で 400ml まで可能とする要望があり当法人(ドナー安全委員会/医療委員会)で検討した結果、下記とすることとしました。

つきましては、内容をご確認いただきご対応をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 方針

患者主治医から DLI 申請書にて全血 400ml を希望する旨の申請があった場合、従前の 200ml 上限を撤廃し、別紙の条件を満たす場合は、400ml を可能とします。

2. 開始日時

2016 年 12 月 1 日 申請分より

■添付文書

- ①DLI に関わる書類送付について(DRA127)
- ②DLI 採血計画書(兼 採血判定保留報告・採血中止報告)(DRA128)
- ③DLI 採血報告書(DRA129)

■参考：変更の背景

現状、主治医の希望があれば成分採血から、上限 200ml を限度とし全血採血に切り替えることは可能です。しかし、患者側としては少しでもより多くの細胞数が望まれるため、ドナー安全委員会および医療委員会で検討した結果、一律 200ml ではなくドナーの安全の範囲でドナー体重を考慮した献血基準に準拠し 400ml が可能な場合には対応することとなりました。

以上

■本件に関する問い合わせ先

公益財団法人 日本骨髄バンク ドナーコーディネート部 折原 TEL 03-5280-2200

ドナーリンパ球輸注 ドナー適格性判定基準 (2016/11/15)

旧		新	
詳 細		詳 細	
200ml (全血)	<u>以下、不可</u> <u>体重 男性 45kg 未満</u> <u>女性 40kg 未満</u> <u>ヘモグロビン</u> <u>男性 <12. 5g/dl、\geq19. 0g/dl は不適格</u> <u>女性 <12. 0g/dl、\geq19. 0g/dl は不適格</u>	<u>以下、基準を満たすこと。</u> <u>体重 男性 45kg以上</u> <u>女性 40kg以上</u> <u>ヘモグロビン</u> <u>男性 12. 5g/dl以上 18. 0g/dl 以下</u> <u>女性 12. 0g/dl以上 16. 0g/dl以下</u>	
	<u>【新規】</u>	<u>以下、基準を満たすこと。</u> <u>体重 男女共 50kg 以上</u> <u>ヘモグロビン</u> <u>男性 13. 0g/dl 以上 18. 0g/dl 以下</u> <u>女性 12. 5g/dl 以上 16. 0g/dl 以下</u>	
400ml (全血)			

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

15XXXXXXXXXXXXXXXXXX

10XXXXXXXXXX 先生

DLIに関わる書類送付について (1/2)

41XXX
40XXX

つきましては、貴施設において、当該ドナーに対してDLIに関するコーディネートをお願いいたします。必要書類をお送りしますので、ご確認の上、よろしくお願い申し上げます。

1. ドナー情報

氏名: 10XXXXXXXXXX (ID: 9XXXXXXXXX)

2. 日時

事前検査: 36XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

採血: 36XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

☐ 成分採血 (ドナー体重1kgあたり100ml以内)

☒ 全血 400ml

☒ 全血 200ml

3. 担当コーディネーター: 10XXXXXXXXXX

4. 対象患者

患者ID: 9XXXXXXXXX

患者施設: 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

15XXXXXXXXXXXXXXXXXX

担当医師: 10XXXXXXXXXX 先生

〒8XXXXXX

68XXX

60XXX

34XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TEL 12XXXXXXXXXX

FAX 12XXXXXXXXXX

5. 申し送り事項

65XXX

65XXX

65XXX

65XXX

65XXX

65XXX

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

ドナーリンパ球採取報告書

作成後速やかに、FAXにてご報告下さい。

- ドナーID (9XXXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXXX)
- アフエレーシス実施日:
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 採血開始: 午前・午後 ____ 時 ____ 分
- アフエレーシス 採血終了: 午前・午後 ____ 時 ____ 分
使用機種名: (_____)
処理血液量: (_____) ml サイクル数: (_____) 採血速度: (_____)
抗凝固剤 : ☐ ACD液 ____ ml (総使用量) ☐ ヘパリン ____ 単位 (総使用量)
☐ その他 (_____)
カルシウム剤投与 : ☐ なし ☐ あり ⇒ ____ mg (総使用量)
- 採取産物 ☒ 成分採血 ☐ 全血
容量: (_____) ml 使用抗凝固剤: ☐ ACD液 ☐ ヘパリン ☐ その他
- アフエレーシス後所見
80mmHg以下の血圧低下 (収縮期) ☐ なし ☐ あり
唇や手指の痺れ ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
気分不快 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
嘔気 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
寒気 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
運動障害 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
知覚障害 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい
その他の合併症 ☐ なし ☐ あり : 空欄に処置内容を記載して下さい

6. アフエレーシス後血算値

WBC ____ / μ l
RBC ____ $\times 10^4$ / μ l
Hb ____ g/dl
Hct ____ %
Plt ____ $\times 10^4$ / μ l

	(採取開始前)	(採取終了後)
体温:	____ °C	____ °C
脈拍:	____ (分)	____ (分)
血圧:	____ / ____ mmHg	____ / ____ mmHg

- 鉄剤等治療薬の必要性 : ☐ なし ☐ あり (____)
- 次回再来の必要性 : ☐ なし ☐ あり (____ 月 ____ 日)
20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

▼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)

採血施設名: _____ 病院 : _____ 科

採血医師: _____

HOT LINE (緊急連絡先)

月曜日～金曜日

3 X X地区事務局

TEL 12XXXXXXXXXX

FAX 12XXXXXXXXXX

月曜日～金曜日の時間外 及び 土日祝日の全日

ドナー安全委員会・事務局 HOT LINE : TEL 090-3478-6020

ドナーリンパ球採取完了報告書

ご記入の上、運搬担当者にお渡してください。

下記、DLI採血が終了したことを報告いたします。

1. ドナーID (9XXXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXXX)

2. アフェレーシス実施日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

3. 採取産物 ☒ 成分採血 ☐ 全血

容 量 : (_____) ml

使用抗凝固剤: ☐ ACD液 ☐ ヘパリン ☐ その他

4. コメント

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

採血施設名: _____ 病院 : _____ 科

採血医師: _____

送付先FAX番号 12XXXXXXXXXX

採血施設 (FAX) → 地区事務局 (FAX) → ドナー安全委員会事務局

DLI採血計画書 (兼 採血判定保留報告・採血中止報告)

作成後速やかに、FAXにてご報告下さい。

1. 採血予定日 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____) 午前・午後

ドナーID (9XXXXXXX) 血液型 ____ 型 + - 年齢 ____ M・F

患者ID (8XXXXXXX) 体重 3XX kg

2. 採血予定 ☐ 成分採血 (ドナー体重1kgあたり100ml以内)

☒ 全血 400ml

☒ 全血 200ml

3. 事前検査実施日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____)

体重 ____ kg 血圧 ____ ~ ____ mmHg 脈拍数 ____

採血前健康診断Data

【血算】

【感染症】

WBC	/ul	梅毒 (STS)	- ・ 検査中 ・ +
RBC	$\times 10^4 / \mu l$	梅毒 (TPHA)	- ・ 検査中 ・ +
Hb	g/dl	HBs抗原	- ・ 検査中 ・ +
Hct	%	HBc抗体	- ・ 検査中 ・ +
MCV	fl	HBs抗体	- ・ 検査中 ・ +
MCH	pg	HCV抗体	- ・ 検査中 ・ +
MCHC	%	HTLV-1	- ・ 検査中 ・ +
Plt	$\times 10^4 / \mu l$	HIV	- ・ 検査中 ・ +

心電図	異常なし・異常あり ()
検尿	異常なし・異常あり ()
凝固系	異常なし・異常あり ()
	PT 秒 / % : APTT 秒

【特記事項】

ドナーID (9XXXXXXXX)

▼検査値は施設正常範囲内であれば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】		【電解質】	
TP	g/dl WNL ()	Na	mEq/l WNL ()
ALB	g/dl WNL ()	K	mEq/l WNL ()
T-Bil	mg/dl WNL ()	Cl	mEq/l WNL ()
GOT	U/1/37℃ WNL ()	Ca	mg/dl WNL ()
GPT	U/1/37℃ WNL ()		
γ-GTP	U/1/37℃ WNL ()		
CPK	U/1/37℃ WNL ()		
BUN	mg/dl WNL ()		
CRE	mg/dl WNL ()		

4. 採血実施の判定

以上、事前検査の結果、	<input type="checkbox"/> 1) 採血を決定しました。
	<input type="checkbox"/> 2) 採血について、判定保留とします。
	<input type="checkbox"/> 3) 採血を中止します。

「2・判定保留 3・採血中止」の場合、理由をご記入の上、3 X X地区事務局にご連絡下さい。
以上、ご報告致します。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

採血施設名: _____

_____ 科

採血医師名: _____ 印

以下、事務局扱い

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

地区代表協力医師 確認: _____

コメント欄
