

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：