

2019 年 4 月 15 日

非血縁者間骨髄採取認定施設
採 取 責 任 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

骨髄採取時の術前健診における尿酸検査導入について（通知）

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、骨髄採取時の尿酸検査の必須化について当法人（ドナー安全委員会）で検討した結果、術前健診時に尿酸検査を導入することとなりました。

つきましては、別紙をご確認いただき、ご対応をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 運用

2019年4月15日 帳票変更分より順次

2. 検査導入の背景

採取施設より尿酸検査について、ドナー適格性判定基準に基準値が明記されていることから、骨髄採取においても尿酸検査は必要ではないかとの意見が寄せられ、ドナー安全委員会にて検討した結果、ドナー安全の観点から、また、すでに採取施設の判断にて検査を実施している施設もあることから導入することとなりました。

以上

◆別紙 帳票 骨髄採取計画書

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 杉村・窪田

TEL 03-5280-2200

・送付先FAX番号12XXXXXXXXXX

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

骨髄採取計画書（兼 採取判定保留報告・採取中止報告）（1/2）

1. 骨髄採取予定日 : 20 年 月 日 () 午前・午後
 ドナーID (9XXXXXXX) 身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 年齢 _____ M・F
 患者 ID (8XXXXXXX) 身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 年齢 _____ M・F
2. 骨髄採取計画量 : _____ ml ← 【骨髄採取マニュアルを参考に骨髄採取量を決定してください】
3. ドナー上限量 : _____ ml ← 【ドナーの体重とHb値（術前健診時）により算定してください】
4. 最大採取量 : _____ ml ← 【ドナー上限量と採取上限量（自己血+400ml）の少ない方とする】
 ※注）最大採取量《ドナー上限量と採取上限量（自己血+400ml）の少ない方》を超えて採取しないこと。
5. 予定希釈液 : ☐ 生食 ☐ その他 ()
6. 術前・術中における予防的抗生剤投与 ☐ 有 薬剤名 ()
 投与時期 ☐ 術前 ☐ 術中
☐ 無
7. 自己血採血の予定
 自己血貯血総量 : _____ ml ← 【自己血貯血総量＝骨髄採取計画量－(400ml～100ml)】
 1) 月 日 (Day-) _____ ml (全血・MAP) 当院・その他 ()
 2) 月 日 (Day-) _____ ml (全血・MAP) 当院・その他 ()
- ▼術前鉄剤投与の有無→ なし・あり : 処方日 月 日 (種類・量・回数)

8. 術前健康診断実施日 20 年 月 日 ()

術前健康診断

- 【血算】
 WBC _____ / μ l
 RBC _____ $\times 10^4$ / μ l
 Hb _____ g/dl
 ↑Hb値は採取量算定の基準となります
 (男性 ≥ 13.0 女性 ≥ 12.0)
 Hct _____ %
 MCV _____ Fl
 MCH _____ pg
 MCHC _____ %
 Plt _____ $\times 10^4$ / μ l
 分類の異常 なし・あり
- 【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
 【呼吸機能】 異常なし・異常あり
 【血圧】 _____ / _____ mmHg
 【凝固系】 異常なし・異常あり
 (PT _____ 秒: APTT _____ 秒)
 【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抗体 -・検査中・+
 HIV1/2抗体 -・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・+
 【その他・理学的所見】
 異常なし・異常あり

ドナーID (9XXXXXXX) 患者ID (8XXXXXXX)

(2/2)

▼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】 | 施設正常値 | | 施設正常値 | |
|-----------------------|------------|----------------|------------|--|
| TP _____g/dl | WNL・ (-) | CK _____ U/l | WNL・ (-) | |
| ALB _____g/dl | WNL・ (-) | BUN _____mg/dl | WNL・ (-) | |
| T-Bil _____mg/dl | WNL・ (-) | CRE _____mg/dl | WNL・ (-) | |
| AST (GOT) _____U/l | WNL・ (-) | UA _____mg/dl | WNL・ (-) | |
| ALT (GPT) _____U/l | WNL・ (-) | () _____ | WNL・ (-) | |
| γ -GT _____U/l | WNL・ (-) | () _____ | WNL・ (-) | |

9. 採取実施の判定

- 以上、術前健康診断の結果、
☐ 1) 骨髄採取を決定しました。(20 年 月 日)
☐ 2) 骨髄採取について、判定保留とします。(20 年 月 日)
☐ 3) 骨髄採取を中止します。

「2・判定保留 3・採取中止」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 ()
 ②退院予定日 : 月 日 () 泊 日
 ③採取後健診予定日 : 月 日 ()

以上、ご報告致します。 20 年 月 日

採取施設名 : _____ 科

術前健診担当医 : _____ 印

術前健診時の検査及び問診等にて、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 : _____ 印 20 年 月 日

「採取計画書」は術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週間以内に、担当地区事務局にFAXにてお送りください。
 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

コメント欄

担当地区代表協力医師 確認 : _____ 印