

採取施設担当医師 → 移植施設担当医師

## 非血縁者間骨髓採取完了報告書

ご記入の上骨髓運搬担当者にお渡してください。

下記、骨髓採取が終了したことを報告いたします。

1. ドナー I D ( 9XXXXXXXX ) 血液型 : (                  ・ Rh + - )

2. 骨髓採取日 : 20                  年                  月                  日 (                  )

3. 骨髓採取量 : ① \_\_\_\_\_ ml

希釈液 : ② \_\_\_\_\_ ml

☐ 生食      ☐ RPMI1640      ☐ その他 (    )

抗凝固剤

☐ ヘパリン \_\_\_\_\_ 単位・ml (総量中)

☐ ACD液 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

☐ その他 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

総量    ①+② = ③ \_\_\_\_\_ ml

4. 細胞数 :

有核細胞数 : (                  )  $\times 10^9$     (                  )  $\times 10^8$  /kg (患者体重)

5. コメント

20                  年                  月                  日

採取施設名 : \_\_\_\_\_ 病院 : \_\_\_\_\_ 科

採取担当医師 : \_\_\_\_\_