非血縁者間

骨髓採取認定施設 骨髓移植認定施設

 採 取 責 任 医 師
 各 位

 連 絡 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)

### ~骨髄液へパリン濃度の記載方法の変更~

#### 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、<u>骨髄液へパリン濃度の記載事項について、当法人ドナー安全委員会にて検討した</u> 結果、別紙 採取報告書(速報)並びに骨髄採取完了報告書(ハーベストレポート)の記載 事項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。

なお、ご不明な点等ございましたら、当法人ドナーコーディネート部までご連絡いただ ければ幸いです。

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: 折原

TEL: 03-5280-2200

FAX: 03-5283-5629

# 変更帳票 新旧対照表

## I. 変更帳票

帳票名称	項目名	変更前	変更後
【骨髄】 ·採取報告書(速報)	6. 骨髄採取量 希釈液	□ 生食 □ RPMI1640 □ その他  総量 ①+②=③	□ 生食 □ その他 <u>【削除】</u> <u>骨髄液</u> 総量 ①+②=③
	6. 骨髄採取量 抗凝固剤	骨髄液へパリン濃度 単位/ml	骨髄液へパリン濃度 単位/ml (希釈後骨髄液 1ml あたり) 【追加】 単位(総量)
			※「骨髄液へパリン濃度」とは、希釈後骨髄 液のヘパリン濃度のことです。
【骨髄】 ・骨髄採取完了報告書(ハーベストレポート)	6. 骨髄採取量 希釈液	□ 生食 □ RPMI1640 □ その他	□ 生食 □ その他 <u>【削除】</u>

	総量 ①+②=③	<u>骨髄液</u> 総量 ①+②=③
抗凝固剤 ヘパリン	骨髄液へパリン濃度 単位/ml	骨髄液へパリン濃度 単位/ml(希釈後骨髄液 1ml あたり) 【追加】
		単位(総量) ※「骨髄液へパリン濃度」とは、希釈後骨髄
		<u>液のヘパリン濃度のことです。</u>

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

## 採取報告書 (速報)

FAXにて、採取当日中に担当地区事務局へ報告してください。

1.	ドナーID(9XXXXXXXX)     患者ID( 8XXXXXXXX)					
2.	骨髄採取日:20 年 月 日 採取開始:午前・午後 時 分					
	採取終了:午前・午後 時 分					
3.	麻酔法 : □ 気管挿管全身麻酔 □ その他の全身麻酔 □ 硬膜外麻酔 □ 腰椎麻酔					
4.	採取針 ①採取針の種類					
	□ディスポ針 → □TSK □Baxter □シーマン □その他( )					
	□非ディスポ針 □直 (単) 孔針  □側 (多) 孔針					
	②ゲージ数 ③長さ					
5.	皮膚の穿刺孔数 : 穿刺孔数 (右) (左)					
6.	骨髓採取量 : ① <u>( ) ml</u>					
	希釈液 : ② () ml					
	□ 生食 □ その他( )					
	抗凝固剤 □ 骨髄液へパリン濃度単位/ml (希釈後骨髄液/ml b)					
	□ ACD液ml (総量中)					
	□ その他 <u></u>					
	日 6010 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10					
7.	自己血輸血量 : <u>(</u> ) ml					
8.	同種血の使用 : なし ・ <u>あり</u> $\rightarrow$ 「あり」の場合はHot Lineで報告してください。					
9.	採取有核細胞数 ① ( ) ml採取時 ( ) ×10 <sup>10</sup> 【絶対数】、 ( ) ×10 <sup>8</sup> /kg (患者体	(重				
	② 採取終了時 ( )×10 <sup>10</sup> 【絶対数】、( )×10 <sup>8</sup> /kg(患者体	重)				
	▼十キね△併存 (短筋後 4 口以上の 3 陸が子相されて相△) が繋出した相△ ユュロコム以母の					
	▼大きな合併症(採取後4日以上の入院が予想される場合)が発生した場合、また自己血以外の同種血を使用した場合は、Hot Lineで報告してください。(電話番号は下欄をご参照ください)					
	20 年 月 日					
	採取施設名:					
	採取担当医師 : 麻酔科担当医 :					
	HOT LINE (緊急連絡先)					
	月曜日~金曜日 9:00~17:30					
	3 X X 地区事務局 TEL 12XXXXXXXXXX					
	FAX 12XXXXXXXXXXXX 月曜日~金曜日の時間外 および 土日曜日の全日:TEL 090-3478-6020					

# 骨髄採取完了報告書 (ハーベストレポート)

ご記入の上骨髄運搬担当者にお渡しください。

下記、	骨髄採取が終了したことを報告いた	こします。					٠		
1.	ドナーID ( 9XXXXXXXX )	血液型	: (		• Rh	+ -	)		
2.	骨髓採取日 : 20 年	月	日	(	)				
3.	骨髄採取量 : ①	_ m l							
	希釈液 : ②	_ ml							
	□ 生食 □ その 抗凝固剤	の他 (					)	•	
	□ 骨髄液へパリン濃度				位/ ml <sub>(</sub> 位 (総量)		骨髄液1mlを	<b>らたり</b> )	
	□ ACD液			<u> </u>	(総量中	1)			
	□ その他			<u> </u>	(総量中	)			
	骨髄液総量 ①+② = ③				ml				
	※「骨髄液へパリン濃度」とは、希望	<b>积後骨髄</b>	液のヘノ	パリン	濃度のこ	とで	す。		
4.	細胞数:						•		-
	採取有核細胞数【絶対数】(		$\times 10^{10}$						
	採取有核細胞数【患者体重】(	)	$\times 10^8$	/kg (紀	患者体重	•	kg	g)	
	※細胞数が少ない場合は、骨髄採取 やむを得ないこととする。	上限量を	超えなり	ハ範囲	で自己が	u+40	Om まで	の採取は	
5.	コメント								
					9.0	ı	Дт:	ы	ы
	按压体弧力 .	Ç			20		年	月	日 <b>壬</b> 1
	採取施設名 :		450 TE -	妇 坐 屋	病院	: _			<u> </u>
			4-4-4-D7	r⊓ <del></del> 145	· CITI •				