

関係各位
(調整医師、採取医師 各位)

財団法人 骨髄移植推進財団
インフルエンザ A(H1N1)対策本部

インフルエンザ A(H1N1)に関する対応について(第 2 報)

5 月 16 日に国内でインフルエンザ A(H1N1)の発生が確認され、範囲が広がっています。つきましては、コーディネーター進行中のドナーの方へ下記の対応をお願いしたい。なお、対応については、今後の状況により変更されることもありますので、その際は随時、連絡します。(5 月 1 日付事務連絡は、廃止します)

網掛けの部分が、変更点です。

1. コーディネーター自身の健康管理等について

(1) 衛生管理の徹底

マスクの着用(マスクは各人に配布)

手指消毒

コーディネーター本人および家族に、発熱等インフルエンザ様症状やその他、体調不良がある場合は、速やかに地区事務局に報告し、指示を仰ぐこと。

(2) 海外渡航の自粛

海外渡航予定がある方は、地区事務局に直ちに連絡すること。

帰国後、7日間はドナーと直接接触しないこと。(面談等はコーディネーターを変更する)

(3) コーディネーターがインフルエンザを発症した人と2m以内で接触した場合

接触後、7日間はドナーと直接接触しないこと。(面談等はコーディネーターを変更する)

2. ドナーの方への対応

(1) 前日確認時の対応

面談等の前日確認時、「ドナー状況チェックシート(別紙1)」に基づき、ドナーの方の健康状態を確認すること。

チェックシートに 1 つでも該当項目がある場合は、地区事務局に報告すること。(地区事務局はインフルエンザ A(H1N1)に関する相談窓口連絡し、指示を仰ぐこと)

(2) 面談時(確認検査、最終同意)の対応

面談等で病院に立ち入る時は、必ずドナーの方へマスクを渡し、面談中も着用するよう依頼すること。(コーディネーターも終始、マスクを着用すること)

(3) 今後、ドナー選定されたドナーの方への対応

現在、ドナー選定時に地区事務局が送付している「海外渡航についてのお願い」の他に、新型インフルエンザに関するチラシ(別紙2)を送付する。

(4) 既に選定されているドナーの方への対応

術前健診、自己血採血等の前日確認や実施確認の際に、「ドナー状況チェックシート」(別紙1)を基に必ずドナーの健康状態について確認し、1つでも該当する場合は地区事務局に報告する。それを受けて、地区事務局は相談窓口に指示を仰ぐこと。

(5) コーディネート開始～ドナー選定待ちのドナーの方への対応

地区事務局からドナーの方に「担当コーディネーターのお知らせ」を送付時、新型インフルエンザに関するチラシ(別紙2)を同封する。

ドナーから症状等の申告があれば、地区事務局に報告し指示を仰ぐこと。

【 確認事項 】

- ◆ 海外渡航予定がある方(国(地域)、出発・帰国予定日)
- ◆ インフルエンザ様症状(発熱、倦怠感、食欲不振、咳、頭痛など)がある方
- ◆ 悪心、嘔吐、下痢、風邪様症状がある方
- ◆ その他、体調不良がある方

3. その他

国からの通達を財団ホームページに掲載した。

財団からコーディネーター用およびドナー配布用のマスクを引き続き送付する。

財団中央事務局に「インフルエンザ A(H1N1)対策本部」および「インフルエンザ A(H1N1)に関する相談窓口」を設置した。本件に関する相談等は、地区事務局または下記に連絡すること。

【 インフルエンザ A(H1N1)対策本部 相談窓口 概要 】

相談窓口専用電話を開設した。(担当:折原^{おりはら}、橋場^{はしば}、高麗^{こま})

対応時間:9:00～21:00

連絡先(電話番号)は下記の通り

(1) 平日

・TEL:03-5280-2460(専用電話)

(2) 土日祝日

・地区事務局またはホットラインで対応。

・TEL: 090-3478-6020/ 080-5096-7168

ドナー状況チェックシート [インフルエンザA(H1N1)対策]

◆ ドナーID : (—)

◆ ドナー状況チェック項目(該当の場合、☑を記入)

コーディネーター 過程		
症状など (記入日)	(/)	(/)
①38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②38℃以下の発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③鼻汁(鼻水)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④鼻閉(鼻づまり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤咽頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧全身倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨筋肉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑪食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬その他の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭インフルエンザを発症した人と2m以内で接触したことの有無	<input type="checkbox"/> あり(誰:)	<input type="checkbox"/> あり(誰:)
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし

◆特記事項

※前日確認時に、上記項目について確認すること

※前日確認時、該当項目があった場合は、地区事務局に報告すること

※ドナーに対して「当日、健康上に問題があった場合は、外出せずに直ちにご連絡ください」と説明すること

ドナー候補者の皆様へ

平成 21 年 5 月
財団法人 骨髄移植推進財団

インフルエンザ A(H1N1)が発生しています。

下記に該当する方は、地区事務局または担当コーディネーターまで
ご連絡をお願いします。

- ◆ 海外渡航予定がある方(国(地域)、出発・帰国予定日)
- ◆ インフルエンザ様症状(発熱、倦怠感、食欲不振、咳、頭痛など)がある方
- ◆ 悪心、嘔吐、下痢、風邪様症状がある方
- ◆ その他、体調不良がある方