

採取施設担当医師 → 移植施設担当医師

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てください。

下記、骨髄採取が終了したことを報告いたします。

- 1. ドナーID ( 9XXXXXXXX ) 血液型 : (          ・Rh + - )
  - 2. 骨髄採取日 : 20          年          月          日 (          )
  - 3. 骨髄採取量 : ① \_\_\_\_\_ ml  
           希釈液 : ② \_\_\_\_\_ ml  
            生食     RPMI1640     その他 (    )
- 抗凝固剤
- ヘパリン \_\_\_\_\_ 単位 (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 :  
     総細胞数 : 有核細胞数 (          ) × 10<sup>9</sup>    (          ) × 10<sup>8</sup> / kg (患者体重)

※細胞数が少ない場合は、骨髄採取上限量を超えない範囲で自己血+400mlまでの採取はやむを得ないこととする。

- 5. コメント

20          年          月          日

採取施設名 : \_\_\_\_\_ 病院 : \_\_\_\_\_ 科

採取担当医師 : \_\_\_\_\_