

2015年12月15日

非血縁者間骨髄採取認定施設
採取責任医師 各位
非血縁者間骨髄移植認定施設
連絡責任医師 各位

公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナー安全委員会
医療委員会

術前・術中における予防的抗菌薬投与について(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。

このたび、非血縁者間骨髄採取の術前・術中における予防的抗菌薬投与に伴う患者への影響について採取施設から問い合わせがありました。この対応に関する当法人の方針を通知します。

Centers for Disease Control and Prevention(CDC)のガイドライン等において「周術期予防的投与に用いられる抗菌薬は、執刀開始前60分以内に投与を開始し、執刀時に投与を完了しておくべきである」としています。ドナーに抗菌薬を投与しても採取した骨髄液に含まれる量は微量ですが、全く影響がないとは言い切れません。

以上のことを踏まえ、術前・術中における予防的抗菌薬投与について検討した結果、以下のとおり対応することとしました。

骨髄移植術を受ける患者への影響がゼロでないことを踏まえ、予防的に術前・術中に抗菌薬を投与する場合は念のため、事前に採取担当医師から移植医師にその旨連絡すること。

なお、別紙、「骨髄採取計画書」並びに「術前健診結果報告書兼前処置確認依頼書」の書式を変更いたしましたので、ご確認のうえ、ご対応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
公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナーコーディネーター部
TEL 03-5280-2200

■ 骨髓採取計画書

新		旧
6.	<p>【追加】 術前・術中における予防的抗菌剤投与 <input type="checkbox"/>有 薬剤名(_____) 投与時期: <input type="checkbox"/>術前 ・ <input type="checkbox"/>術中 <input type="checkbox"/>無</p>	自己血採血の予定
7.	自己血採血の予定	術前健康診断実施日
8.	術前健康診断実施日	採取実施の判定
9	採取実施の判定	今後のスケジュール
10	今後のスケジュール	

■ 術前健診結果 兼 前処置確認依頼書

新		旧
	<p>【追加】 術前・術中における予防的抗菌剤投与 <input type="checkbox"/>有 薬剤名(_____) 投与時期: <input type="checkbox"/>術前 ・ <input type="checkbox"/>術中 <input type="checkbox"/>無</p>	

骨髓採取施設・連絡責任者→ 3XX事務局 → ドナー安全委員会・事務局

骨髓採取計画書 (兼 採取判定保留報告・採取中止報告) (1/2)

1. 骨髓採取予定日 : 20 年 月 日 () 午前・午後
 ドナーID (9XXXXXXXX) 身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 +- 年齢 _____ M・F
 患者 ID (8XXXXXXXX) 身長 _____ cm 体重 _____ Kg 血液型 _____ 型 +- 年齢 _____ M・F

2. 骨髓採取計画量 : _____ ml ← 【骨髓採取マニュアルを参考に骨髓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 RPMI1640 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=骨髓採取計画量 - (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Data

<p>【血算】 WBC _____ /μl RBC _____ $\times 10^4$ /μl Hb _____ g/dl <small>↑Hb値は採取量算定の基準となります (男性\geq13.0 女性\geq12.0)</small> Hct _____ % MCV _____ Fl MCH _____ pg MCHC _____ % Plt _____ $\times 10^4$ /μl 分類の異常 なし・あり</p>	<p>【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)</p> <p>【妊娠反応検査】 実施 ・ 実施せず <small>(妊娠検査は同意確認の上原則実施)</small> 同意 : あり・なし 検査結果 : - ・ 検査中 ・ +</p>	<p>【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 - ・ 検査中 ・ + HIV1/2 - ・ 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。</p> <p>【その他・理学的所見】 異常なし・異常あり</p>
<p>【特記事項】</p>		

ドナーコーディネータ部 (FAX) → 移植施設 → ドナーコーディネータ部

術前健診結果報告兼前処置確認依頼書

送信日 4XXX年 2X月 2X日

移植施設 23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
15XXXXXXXXXXXXXXXXXX

移植施設担当医師 10XXXXXXXXXX先生 (FAX 12XXXXXXXXXX)

- ・患者 10XXXXXXXXXX様 ID 8XXXXXXXX ・ドナー ID 9XXXXXXXX
- ・採取前健診実施日 4XXX年 2X月 2X日(1)
- ・骨髄採取予定日 4XXX年 2X月 2X日(1)

採取施設より上記患者の移植に関するドナーの術前健診結果の報告がありました。

- 骨髄採取を決定しました。
- 骨髄採取について、判定保留とします。(再検査予定日: 2X月 2X日 / 未定)
※判定保留の場合、関係者での協議あるいは再検査実施後に最終的な報告をさせていただきます。
- 骨髄採取を中止します。

【骨髄採取計画書より抜粋】(骨髄採取が最終決定した場合のみ記載しています。)

- ・骨髄採取施設名 23XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
15XXXXXXXXXXXXXXXXXX
- ・採取担当医師 10XXXXXXXXXX先生
- ・骨髄採取予定量 4XXX ml (ドナー体重: 3XX kg Hb値: 4XXX g/dl)
(参考値: 患者標準採取量 4XXX ml / 患者体重: 3XX kg)
- ・予定希釈液 生食 RPMI1640 その他 ()
- ・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
- ・感染症

梅毒(STS)	-・検査中・+	HCV抗体	-・検査中・+
梅毒(TPHA)	-・検査中・+	HTLV-1	-・検査中・+
HBs抗原	-・検査中・+	HIV1/2	-・検査中・+
HBc抗体	-・検査中・+		
HBs抗体	-・検査中・+	CMV抗体	-・検査中・+
- ・自己血採血予定日 1) 4XXX年 2X月 2X日(1)
2) 4XXX年 2X月 2X日(1)

FAX返信先: 03-5283-5629

ドナーコーディネータ部
TEL 03-5280-2200

※患者の前処置開始予定日を必ずお知らせください。

(移植施設記入欄) 記入日 201 年 月 日

※ 患者前処置開始予定日 201 年 月 日 ()

月～金の時間外、および休日で緊急連絡の必要が生じた場合は、下記までご連絡ください。

HOT LINE (24時間) TEL: 090-3478-6020