

平成28年12月15日

非血縁者間

骨髄採取認定施設

骨髄移植認定施設

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、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
【骨髓】 ・採取報告書（速報）	6. 骨髓採取量 希釈液	<input type="checkbox"/> 生食 <input type="checkbox"/> RPMI1640 <input type="checkbox"/> その他 総量 ①+②=③	<input type="checkbox"/> 生食 <input type="checkbox"/> その他 <u>【削除】</u> 骨髓液総量 ①+②=③
	6. 骨髓採取量 抗凝固剤	骨髓液ヘパリン濃度 単位/ml	骨髓液ヘパリン濃度 単位/ml (希釈後骨髓液 1ml あたり) <u>【追加】</u> 単位(総量) ※「 <u>骨髓液ヘパリン濃度</u> 」とは、希釈後骨髓液のヘパリン濃度のことです。
【骨髓】 ・骨髓採取完了報告書（ハーベストレポート）	6. 骨髓採取量 希釈液	<input type="checkbox"/> 生食 <input type="checkbox"/> RPMI1640 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 生食 <input type="checkbox"/> その他 <u>【削除】</u>

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

採取施設 (FAX) → 3XX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. 骨髓採取日 : 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 () ml
希釈液 : ② () ml
□ 生食 □ その他 ()
抗凝固剤 □ 骨髓液ヘパリン濃度 _____ 単位/ ml (希釈後骨髓液1mlあたり)
_____ 単位(総量)
□ ACD液 _____ ml (総量中)
□ その他 _____ ml (総量中)

骨髓液総量 : ① + ② = ③ () ml

※「骨髓液ヘパリン濃度」とは、希釈後骨髓液のヘパリン濃度のことです。

- 7. 自己血輸血量 : () ml
8. 同種血の使用 : なし ・ あり → 「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 () × 10^10【絶対数】、() × 10^8/kg (患者体重)
② 採取終了時 () × 10^10【絶対数】、() × 10^8/kg (患者体重)

▼大きな合併症(採取後4日以上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 : _____ 病院 : _____ 科

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
3XX地区事務局 TEL 12XXXXXXXXXX
FAX 12XXXXXXXXXX
月曜日～金曜日の時間外 および 土日曜日の全日 : TEL 090-3478-6020

