

2019年4月15日

調整医師各位
非血縁者間骨髄/末梢血幹細胞採取認定施設
採取責任医師各位

公益財団法人 日本骨髄バンク
ドナー安全委員会

ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)の一部変更について (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。

さて、ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)〈調整医師記入欄:問診・視診・診察所見〉
上肢の血管確認の項目が変更されることとなりました。

つきましては、別紙ご確認いただき、対応をお願い申し上げます。

敬具

記

1. 運用

2019年4月15日 帳票変更分より順次

2. 追加の背景

自己血採血時、血管確保が困難であったり、採血に長時間を要する場合もあり、骨髄採取のみのコーディネートにおいても、確認検査時に血管確認が必要との意見が寄せられ、ドナー安全委員会にて検討した結果、項目を追加することとなりました。

以上

◆別紙 帳票 ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)

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 杉村・窪田
TEL : 03-5280-2200

【ドナー確認検査報告書(問診・診察所見)】帳票変更 新旧対照表 (2019/4/15)

項目名	変更前	変更後
<p>〈調整医師記入欄:問診・視診・診察所見〉</p>	<p>※以下、PB を含むコーディネートのみ(骨髄提供のみは不要です。)</p> <p>上肢(正中静脈等)に PBSC 採血可能な血管が確保できる(はい・いいえ)</p> <p align="center">適格 ・ 不適 ・ 保留</p>	<p>【削除】</p> <p>(変更なし)</p> <p>【追加】</p> <p>BMHは、上肢で自己血採血ができる程度の血管が確保できる(はい・いいえ)</p> <p align="right">適格 ・ 不適 ・ 保留</p>

地区(郵送) → コーディネーター/調整医師(郵送) → 地区事務局

6XXXXXドナー確認検査報告書(問診・診察所見)(1/2)

ドナー 10XXXXXXXX 様(ID 9XXXXXXX) 年齢 2X 歳(1)

担当コーディネーター 15XXXXXXXXXXXXXXXX

地区事務局からの申し送り:

40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

上記について確認した内容をご記入ください

<調整医師記入欄>

Table with 2 columns: Body measurements (身長, 体重, BMI) and Suitability (適・不適)

<調整医師記入欄: 問診・視診・診察所見>

Table with 2 columns: Medical history and examination findings (blood pressure, current illness, past illness, etc.) and Suitability (適・不適・保留)

Table with 2 columns: Blood sampling conditions (BMI, upper limb) and Suitability (適・不適・保留)

地区(郵送) → コーディネーター/調整医師(郵送) → 地区事務局

6XXXXXドナー確認検査報告書(問診・診察所見)(2/2)

ドナー 10XXXXXXXX 様(ID 9XXXXXXX) 年齢 2X 歳(1)

Form for female donor history: pregnancy, anesthesia, smoking, alcohol, transfusion, etc.

<調整医師記入欄>

*健康上、またコーディネータ上採取に不適格となるような問題がある場合は採血前に地区事務局にご連絡下さい。

Adjusting physician judgment: interview/visit/consultation results, suitability options.

健康上の特記事項(骨髄・PBSCいずれかに不適格事項があると思われる場合には、必ずご記入ください):

施設名 _____
調整医師 _____ 記入日 20__年__月__日 (自筆署名)