

患者名をここにインプリントしてください

キメリズム解析依頼票

金沢大学附属病院輸血部

同種移植患者のキメリズム解析をお願いします。

【依頼方法】

- 1) 輸血部 安江主任へ電話し検査予約。
- 2) ホスト・ドナー・移植後検体を単核球・顆粒球等に分離したのちペレットにする。
- 3) 検体をすぐに渡せない場合はペレットを-20℃以下に保存しておく。
- 4) 本票に必要事項を記入し検体とともに輸血部へ提出。

【最小限必要な情報】

依頼者名 _____ (血内・小児科)

移植日 200__年__月__日 (骨髓移植 末梢血幹細胞移植 臍帯血移植) (施行済 予定) 未定

依頼日 200__年__月__日

検体の由来 (複数可) 移植前 ドナー 移植後

【患者情報】

患者氏名 (インプリントの場合は省略可) _____

患者性別 (省略可) 女 男

患者生年月日 (省略可) _____年__月__日 生まれ

患者年齢 (省略可) _____歳

疾患 (省略可) AML ALL AA MDS NHL HD 固形腫瘍 (_____) その他 (_____)

患者血液型 (省略可) A+ A- B+ B- O+ O- AB+ AB-

検体採取時の患者白血球数 (省略可) _____ / μ l

【ドナー情報】

ドナー氏名 (省略可) _____

ドナー性別 (省略可) 女 男

ドナー生年月日 (省略可) _____年__月__日 生まれ

患者に対する関係 (省略可) HLA 血清型一致 1座不一致 () 座不一致 兄弟姉妹 親子 非血縁

ドナー移植時年齢 (省略可) _____歳

ドナー血液型 (省略可) A+ A- B+ B- O+ O- AB+ AB-

【移植前検体 (ホスト) 情報】

未提出 提出済み 今回提出 (下記を記入)

検体採取日 200__年__月__日

検体の由来 末梢血 骨髓 頬粘膜 爪 その他 (_____)

検体を分離した場合 単核球 顆粒球 DNA

【ドナー検体情報】

未提出 提出済み 今回提出 (下記を記入)

検体採取日 200__年__月__日

検体の由来 末梢血 末梢血幹細胞 骨髓 その他 (_____)

検体を分離した場合 単核球 顆粒球 DNA

【移植後検体情報】

未提出 初回 (下記を記入) 2回目以降 (下記を記入)

検体採取日 200__年__月__日

検体の由来 (複数可) 末梢血 (単核球 T細胞 B細胞 顆粒球) 骨髓 (単核球 T細胞 B細胞 顆粒球) 臍帯血

その他 (_____) DNA