濃厚血小板HLA-LR「日赤」供給依頼書

提出日：　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名：　　　　　　　　　　　　（ご記入者氏名：　　　　　　　　　）

診療科名：　　　　　　　　　　　　　主治医：

〇必要単位数と期間をお知らせください。

・10単位×　　　　本　　　　　　週　　備考：

・20単位×　　　　本　　　　　　週　　備考：

〇患者情報についてお知らせください。

患者コード：　　　　　　　　　　　 　疾患名：

ABO型（Rh）：　　（　　）　性別：　男　・　女　　年齢：　　　　歳

化学療法開始日：　　　月　　　日

移植予定：　有　・　無　　（移植予定日：　　月　　日）

〇原則ABO同型のドナーを検索しますが、同型ドナーが得られない場合に　　ご希望される対応に✓をご記入ください。

　　□異型可　　　□同型が確保できるまで待つ　　　□通常血小板に変更

　　□異型の場合は洗浄

　　□その他

※本書にご記入いただきました情報につきましては、製剤の確保のみに使用し、適切に管理いたします。