

濃厚血小板 HLA-LR「日赤」用 HLA 検査依頼書

年 月 日

日本赤十字社

東海北陸ブロック血液センター検査一課 御中

病院 科

担当医師名:
(輸血検査担当者: _____)
Tel: _____
Fax: _____

1 依頼項目 (依頼する項目の□にレ点を記入して下さい。)

<input type="checkbox"/> HLA 抗体検査	(検査済の場合:検査法 _____, 検査結果: 陽性・陰性)
<input type="checkbox"/> HPA 抗体検査	(検査済の場合:検査法 _____, 検査結果: 陽性・陰性)

他の検査機関に HLA 型検査を依頼した場合、以下の HLA 型検査実施の必要はありません。なお、HLA 型検査報告書があれば、添付してください。

<input type="checkbox"/> HLA 型クラス I 検査 (HLA 抗体検査が陰性の場合、実施しません。)
<input type="checkbox"/> HLA 型クラス I 検査 (HLA 抗体検査が陰性の場合も、実施します。検査料金も発生します。)

※検査結果は全て出揃い次第連絡させていただきます。なお、途中経過については検査一課(0561-89-7820)に問い合わせいただければ対応いたします。(口頭のみ対応となります。平日 9:00~17:00 休日 13:00~16:00)

2 患者情報

患者名	(フリガナ: _____)			性別	男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日	身長(cm)	体重(kg)	妊娠歴	無・有
血液型 ^{※1}	A・B・O・AB Rh()	診断名			
化学療法	無・有 (期間: 年 月 日~ 年 月 日)	輸血歴	無・有		
移植された場合のみご記入ください。	移植ドナーの血液型	A・B・O・AB	Rh()		
移植日	年 月 日	希望される製剤の血液型	A・B・O・AB	Rh()	

※1 移植された場合は移植前の血液型をご記入ください。

3 最近の血小板製剤の輸血効果

輸血日	/	/	/
輸血製剤ロット No ^{※2}			
血小板数(前)	$\times 10^4 / \mu L$	$\times 10^4 / \mu L$	$\times 10^4 / \mu L$
血小板数(後)	$\times 10^4 / \mu L$	$\times 10^4 / \mu L$	$\times 10^4 / \mu L$
血小板数測定時間	<input type="checkbox"/> 1時間後 ^{※3} <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 1時間後 ^{※3} <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 1時間後 ^{※3} <input type="checkbox"/> 24時間後 <input type="checkbox"/> その他()
輸血効果	無・有	無・有	無・有

4 現在の症状

発熱	無・有	出血及び出血傾向	無・有
D I C	無・有	感染症	無・有
		脾腫	無・有

※2 血小板輸血効果の参考になる場合があります。

※3 血小板輸血不応が免疫学的機序の場合 1 時間値から低下することがあります。

濃厚血小板 HLA-LR「日赤」供給に伴う HLA 抗体検査について

濃厚血小板 HLA-LR「日赤」(HLA 適合血小板)は、通常血小板製剤では輸血効果の得られない HLA 抗体を産生した患者様に適応されます。

但し、HLA 適合血小板を供給するにあたり、HLA 抗原が多型であるため、患者様の HLA 型、HLA 抗体特異性によってはドナーの確保が困難となり、血小板輸血不応状態の全ての患者様について、輸血回数・納品日等ご希望どおりの対応ができない場合もありますので、予めご了承ください。

1) 申込方法

- a. 三重県赤十字血液センター学術情報・供給課へお電話にてご連絡ください。
- b. 「濃厚血小板 HLA-LR「日赤」用 HLA 検査依頼書」に必要事項をご記入の上、下記の検査に必要な検体を添えて血液センター担当職員にご提出下さい。

2) 検査に必要な検体と検査料金

- a. HLA 抗体検査及び HPA 抗体検査(各 2,610 円):凝固血液 5mL(HLA、HPA 抗体検査いずれも実施可能な量です。プレーンの採血管にて採取してください。分離剤の有無は問いません。遠心は必要ありません。採血後の検体の提出が翌日以降になる場合は冷蔵庫に保管してください。)
- b. HLA 型クラス I 検査(10,000 円):EDTA 加血液 2mL 以上(ヘパリン加血液は不可です。白血球数 1,000/ μ L 以下の場合は可能であれば全量 5mL 程度採取してください。-2Na,-2K は問いません。)

※HLA 型クラス I 検査について、HLA 抗体陰性時は検査しませんがお急ぎの場合は同時に提出していただくと、検査結果を早目に出すことができます。

※HLA 抗原の判明している患者様については検査の必要はありません。HLA 型検査報告書の添付をお願い致します。

3) 検査に必要な日数

a. HLA 抗体検査、HPA 抗体検査、HLA 型クラス I

検体到着後2～3日^{※1※2}

※1 土、日、夜間、祝祭日、5月1日(日赤創立記念日)、年末年始(12月29日～1月3日)及び緊急検査は原則としてお受け出来ません。平日(月～金)のみの実施となりますので休前日に検査を開始した場合は結果報告が休み明けとなる場合があります。

※2 医療機関やその他の施設で実施した HLA 抗体検査結果を利用した PC-HLA の供給はしておりませんのでご了解ください。

b. お急ぎの場合は HLA 抗体検査と HLA 型クラス I 検査を同時に実施させていただきます。依頼書の「HLA 型クラス I 検査(HLA 抗体検査が陰性の場合も、実施します。)」欄もレ点を記入してください。(HLA 抗体陰性の場合でも HLA 型クラス I 検査の料金(10,000 円)をいただきます。)

4) その他

a. HLA 適合血小板の供給は、検査終了後から納品日までに約7日程度必要です。

b. HLA 適合血小板は、患者血清とドナーのリンパ球との交差試験が必須となっていることから、原則として一月に1回は交差試験用検体(凝固血 5mL)を提出していただきます(始めの一か月は抗体検査に使用した残りの検体を使用します。)。検体が少なくなりましたらお電話にて依頼させていただきますので、検体と「PC-HLA クロスマッチ用検体送付書」を血液センターにご提出下さい。

c. 検査状況、検査結果およびご不明な点がございましたら、東海北陸ブロック血液センター検査一課(0561-89-7820 平日 9:00～17:00 休日 13:00～16:00)までお問い合わせください。