

# 不規則抗体検査に関する共同研究

## 調査用紙

### 1) 報告者

氏名: 連絡先住所:  
電話/FAX: Email:

### 2) 施設情報

名称: 住所:  
Web アドレス:  
輸血学会認定技師数: 名 輸血学会認定医数: 名

調査項目: (下記空欄に記載してください)

施設ベッド数(届出)	
手術件数 (T&S を含め輸血検査依頼のあった手術) (3 年間)	/ 3年
赤血球輸血量	単位/ 3年
〃	BAG/ 3年
血小板輸血量	単位/ 3年
〃	BAG/ 3年
FFP 輸注量	ml/ 3年
〃	BAG/ 3年
血液型検査実施件数#	件/ 3年
交差試験実施件数 (赤血球) (オーダー数の3年分の合計)	件数/ 3年
交差試験実施 BAG 数 (赤血球)φ	BAG/ 3年
不規則抗体検査件数	件/ 3年
同種血の供給状況*(血液センター / 施設内) (赤血球)	%
同種血の供給状況*(血液センター / 施設内) (血小板)	%
自己血輸血の実施割合*(自己血 / 同種血)	%

#:1 件の輸血目的で複数回施行した場合は1件とする \*:単位数で算出

φ:可能である限り記載してください。

最近3年の設定ですが、施設によっては年度でもかまいません。備考に記載してください。

### 3)-1 赤血球不規則抗体に使用する検査試薬(キット)に関して

(貴施設にて使用している試薬を選択してください。また、使用頻度が多い順番にお答えください。)

施設内で作成したキット

外部キット (キットの名称: , メーカー: )  
(キットの名称: , メーカー: )  
(キットの名称: , メーカー: )

### 3)-2 不規則抗体スクリーニング方法

(貴施設にて使用している方法を選択してください)

- IAT:  Beads column /  Gel column /  Solid phase MTP /  Wet phase MTP /  Traditional Tube (LISS-IAT) /  Traditional Tube (Albumin-IAT) /  Traditional Tube (PEG-IAT) /  Traditional Tube (non-medium-IAT) /  Traditional Tube (Polybrene-IAT) /  他
- Enzyme:  Bromelin one stage /  Bromelin two stage /  Ficin two stage /  Papain one stage /  Papain two stage /  他 /  不使用
- Saline:  Immediate spin /  RT 10-15min /  4°C /  不施行 /  他 ( )

IAT: Indirect anti-globulin (Coombs) test

備考(検査情報等、連絡事項等あれば下記に記載してください。)

### 3)-3 使用される血球数

- 2 cells  
 3 cells  
 4 cells  
 Pooled cells (2 cells, 3cells)

### 4)-1 不規則抗体同定検査に使用される検査試薬 (キット)に関して

(貴施設にて使用している試薬を選択してください。また、使用頻度が多い順番にお答えください。)

- 施設内で作成したキット
- 外部キット (キットの名称: , メーカー: )  
(キットの名称: , メーカー: )  
(キットの名称: , メーカー: )

### 4)-2 不規則抗体同定方法

(貴施設にて使用している方法を選択してください)

- IAT:  Beads column /  Gel column /  Solid phase MTP /  Wet phase MTP /  Traditional Tube (LISS-IAT) /  Traditional Tube (Albumin-IAT) /  Traditional Tube (PEG-IAT) /  Traditional Tube (non-medium-IAT) /  Traditional Tube (Polybrene-IAT) /  他
- Enzyme:  Bromelin one stage /  Bromelin two stage /  Ficin two stage /  Papain one stage /  Papain two stage /  他 /  不使用
- Saline:  Immediate spin /  RT 10-15min /  4°C /  不施行 /  他 ( )

備考(検査情報等、連絡事項等あれば下記に記載してください。)

5) 赤血球不規則抗体発現状況

不規則抗体 (D, C, c, E, e, f, Ce, P1, M, N, S, s, Mia-related, Lea, Leb, Jka, Jkb, Jk3, Fya, Fyb, K, k, Kpa, Kpb, Jsa, Jsb, Dia, Dib, Lua, Lub, Xga, H)の発現件数を記載してください。1症例の登録は1件のみとし、症例の重複はさけてください。下表以外の不規則抗体が同定された場合は上の空欄に不規則抗体名と症例数を記載してください。また同時に2抗体以上が認められた場合も空欄に(例えば抗C+抗Jkaのように)お書きください。2回以上検査している場合は過去3年間に検出された抗体をすべて記入してください(下記例)。過去3年間に抗体が検出され、その後、検出不可能となった場合は、検出例とし、その抗体を記載してください。用紙を追加されてもかまいません。

例) 患者Aについて

2005年10月:抗Eと抗cを検出

2005年12月:抗Eと抗c、抗Jkaを検出

2006年3月:抗Eのみを検出

2006年5月:抗Sのみを検出

この場合、複数抗体の1つとして分類しカウントしてください。たとえば上記の例では、別欄に抗E+抗c+抗Jka+抗Sと記入してください。

型	不規則抗体陽性症例数 (男性)			不規則抗体陽性症例数 (女性)					
	過去の輸血歴			過去の輸血歴			妊娠中 過去の輸血歴		
	あり	なし	不明	あり	なし	不明	あり	なし	不明
D									
C									
c									
E									
e									
f									
Ce									
P1									
M									
N									
S									
s									
Mi <sup>a</sup>									



不規則抗体スクリーニング検査症例数(男性/女性): (        例 /        例)

同定検査症例数 (男性/女性): (        例 /        例)

妊娠中に同定検査がされた症例: (        例)

輸血後に同定検査がされた症例: (        例)

過去3年間に調査対象としますが、それ以下の場合は調査年数を備考に明記してください。

症例は延べ人数ではありません。重複登録はさけてください。

備考(連絡事項等あれば記載してください。)

---

---

---