

濃厚血小板 HLA-LR「日赤」用 HLA 検査依頼書

依頼日 年 月 日

日本赤十字社関東甲信越ブロック血液センター 埼玉製造所
品質部検査一課 TEL:0493-24-3302(直通)

医療機関名:

科名:

担当医師名:

連絡担当者:

所属:

TEL:

内線:

1. 依頼項目(依頼する□にレ点を記入して下さい。)

- ☐ { HLA 抗体検査 (検査済:検査法 , 検査結果: 陽性 ・ 陰性)
HPA 抗体検査 (検査済:検査法 , 検査結果: 陽性 ・ 陰性)
☐ HLA 型クラス I 検査 タイピング済:HLA-A(・), B(・), C(・)

※ HLA 抗体検査が陰性の場合、HLA 型クラス I 検査は省略させていただきます。

※ HLA・HPA 抗体検査:血清 2mL 以上、HLA 型クラス I 検査:抗凝固剤(CPD、ACD、EDTA)加血液 2mL 以上を採血してください。

2. 患者情報

患者名: (フリガナ:) 性別: 男 ・ 女

生年月日: 年 月 日 診断名:

ABO 血液型: Rh 血液型: 身長: cm 体重: kg

妊娠歴: 無 ・ 有 移植歴: 無 ・ 有(年 月)

化学療法: 無 ・ 有

供給開始希望日: 年 月 日

* 依頼を受けてから供給まで1週間程かかります。

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			
血小板数(前) ($\times 10^4 / \mu\text{L}$)			
血小板数(後) ($\times 10^4 / \mu\text{L}$)			
血小板数測定時間	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他()	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他()	☐ 1 時間後 ☐ 24 時間後 ☐ その他()
輸血効果	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

4. 現在の症状

発熱: 無 ・ 有 出血及び出血傾向: 無 ・ 有(部位:)

D I C: 無 ・ 有 感染: 無 ・ 有(具体的に)

脾腫: 無 ・ 有