

インフォメーション

登録衛生検査所 臨床 宮崎

TEL0985-52-6688 FAX0985-52-8093

専用依頼書変更項目のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご愛顧を賜り、有難く厚く御礼申し上げます。

この度、標記項目専用依頼書につきまして、現状の血液製剤ガイドラインに準じた、内容へ変更させて頂きます。

事情をご賢察の上、何卒宜しくご了承の程、お願い申し上げます。

謹 白

記

● 専用依頼書変更項目:

■ 交差適合試験(クロスマッチ)

◆ 変更開始期日:平成 27 年 9 月中旬以降

(次回、依頼書受注分より変更させて頂きます)

※詳細につきましては裏面をご参照ください

■ 交差適合試験・専用依頼書

◆ 新専用依頼書見本：

交差適合試験専用依頼書は4枚綴りとなっております。

1枚目を施設様控えとし、2~4枚目を弊社へご提出ください。

① 交差適合試験依頼書 (病院内検査受付領書)

病院名称 見本病院	申込日 H27年9月1日
病棟 3 病室 301 検査室 臨床	採取日時 H27年9月1日 13時00分
患者名 見本 太郎	血液型 ABO式 A Rh(D)式 +
生年月日 824年2月22日 年齢 66才 性別 (男) 女	※必ず御記入ください 不規則抗体検査 実施していない 実施した (実施日 H27年8月28日) 結果 ()
血液製剤に○をつけてください ① (照射) 赤血球液-LR (Ir-) RBC-LR ② 新鮮凍結血漿-LR FFP-LR ③ (照射) 濃厚血小板-LF (Ir-) PC-LR ④ その他 ()	輸血歴 (有 (○) 無 ()) 妊娠歴 (有 (○) 無 ())
血液パック数 (2 本)	

②

血液パック番号	血液パック番号
1 A型 55-1021-6744	
2 A型 56-4222-2120	
3	
4	
5	

【血液パック検体提出時のお願い】

- 左欄にご記入いただいた血液パック番号は、血液パック検体シールの番号として下さい。
- チューブに血液パック検体シールを貼っての検体のほどお願いいたします。
- 血液製剤毎に依頼書をご提出してください。

△製 00-0000-0000

血液パック番号

0000-0000-0000

血液製剤シール (血液パック番号)

受領者

(株) 臨床室

● 1枚目：施設様控え分 (記入依頼書)

① 枠内の可能な箇所、全てに記入をお願いします

- ・ 病院名、提出医
- ・ 患者名 (カナ)、生年月日、年齢、性別
- ・ 血液製剤種類、使用パック数
- ・ 申込日、血液採取日時
- ・ 血液型 (ABO式/Rh式)
- ・ 不規則性抗体実施の有無 (有時の結果)
- 過去の輸血歴
- 現在の妊娠の有無

② 血液製剤に備え付けられているシール番号をご記入下さい

※ ご提出頂くチューブへシール番号の貼り付けをお願いします

※ 検体のご提出方法は下記【検体提出方法】をご参照下さい

※ (照射) 赤血球と (照射) 濃厚血小板を同時にご依頼される場合は、依頼書をそれぞれご提出下さい

③ 交差適合試験報告書

病院名称 見本病院	発行No 27-1030
病棟 3 病室 301 検査室 臨床	申込日 H27年9月1日
患者名 見本 太郎	採取日時 H27年9月1日 13時00分
生年月日 824年2月22日 年齢 66才 性別 (男) 女	血液型 ABO式 A Rh(D)式 +
血液製剤に○をつけてください ① (照射) 赤血球液-LR (Ir-) RBC-LR ② 新鮮凍結血漿-LR FFP-LR ③ (照射) 濃厚血小板-LF (Ir-) PC-LR ④ その他 ()	※必ず御記入ください 不規則抗体検査 実施していない 実施した (実施日 H27年8月28日) 結果 ()
血液パック数 (2 本)	輸血歴 (有 (○) 無 ()) 妊娠歴 (有 (○) 無 ())

血液パック番号	主試験	副試験
1 A型 55-1021-6744	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()
2 A型 56-4222-2120	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()
3	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()
4	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()
5	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()
自己対照	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()	生理食塩法 () 間接抗グロブリン試験 ()

コメント

※結果の解釈
凝集または溶血が認められない場合に「-」と判定いたします。

報告日 H27年9月1日

検査担当 受領者

(株) 臨床室

● 2~4枚目：弊社提出分

(2枚目を検査結果としてご返却させていただきます)

③ 各血液製剤に対し、生理食塩法/間接抗グロブリン試験の検査結果をご報告させていただきます

・ 検査結果が適合の場合は各検査方法欄に (-) と記載させていただきます

・ 検査結果が (+) の場合は下部・コメント欄に詳細を記載させていただきます

【検体提出方法】

1 血液製剤に対し、『附属のチューブ2本』と『プレイン管(6ml)1本』をご提出下さい

(2 血液製剤の場合もプレイン管1本にて検査可能ですが、3~4血液製剤の場合はプレイン管2本、5~6血液製剤の場合はプレイン管3本のご提出を厳守下さい)