

先生各位

## 検査内容変更のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記の項目におきまして、検査内容を変更させていただきますのでご案内申し上げます。今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

## 記

《変更日》 平成31年4月1日（月）受付分より

## 《変更内容》

総合検査案内	検査コード	検査項目名称	変更内容	変更後	変更前
未掲載	1311～ 1320	クロスマッチ 1本～10本	検査方法	PEG-IAT*1	ALB-IAT*2 プロメリン法
	5241～ 5250	11本～20本			
	1281～ 1240	血漿クロスマッチ 1本～10本	依頼書・ 報告書	下記および別紙参照	

\*1 PEG-IAT（ポリエチレングリコール増強抗間接グロブリン試験）

\*2 ALB-IAT（アルブミン増強抗間接グロブリン試験）

※ プロメリン法の判定報告は中止いたします。その他の検査内容に変更はございません。

## 《変更理由》

- 赤血球型検査（赤血球系検査）ガイドライン（改訂2版）（日本輸血・細胞治療学会）への準拠、およびセグメントチューブ取り違い防止のため

## 《依頼書・報告書について》

- 製剤情報に製剤番号シール貼付とセグメントNo.記載欄を追加致します。
- 記載表現およびレイアウトを一部変更致します（別紙の報告書見本参照）。
- 現行の在庫がなくなり次第順次変更致します。

## 交差適合試験依頼書・報告書

(検査報告書)

※太枠内をボールペンでご記入ください。

病院名	病・医院様	受付日	20 年 月 日		
	科(入院・外来) 病棟 F	顧客コード			
	カルテNo. 担当医	先生	検体番号	—	
受血者名	氏名(カタカナ)	性別	年齢	輸血歴	
	不規則抗体	男・女	歳	ある	なし
	ある(抗体名) )・なし・不明	現在の疾患・投与中の薬剤		妊娠歴	ある
				なし	不明

RBC (赤血球製剤)  
 FFP (血漿製剤)  
 PC (血小板製剤)

受血者の血液型	型	Rh(D)
---------	---	-------

### 検査結果

No.	製剤情報		交差適合試験		血液型	
	製剤番号 (製剤シール貼付)	セグメント チューブ No.	生理食塩液法	PEG-IAT	ABO	Rh(D)
1	A型96-9610-0054	153-9922	- ● +	- ● +		- ● +
2			- ● +	- ● +		- ● +
3			- ● +	- ● +		- ● +
4			- ● +	- ● +		- ● +
5			- ● +	- ● +		- ● +
6			- ● +	- ● +		- ● +
自己対照			- ● +	- ● +		

検査室コメント：

結果報告日 年 月 日

採血：輸血前24時間以内に採血し、室温で保存して下さい。  
 検査：RBCは、主試験の生理食塩液法・ポリエチレングリコール間接抗グロブリン試験(PEG-IAT)とABO血液型(オモテ試験)およびRh(D)血液型を実施致します。  
 FFPまたはPCは、副試験の生理食塩液法とABO血液型(ウラ試験)を実施致します。

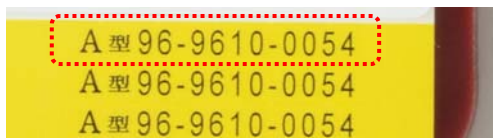
検査結果の解釈：  
 凝集または溶血が認められない場合に『-』と判定致します。  
 ただし、検査結果が『-』であっても輸血副作用が無いことを保証するものではありませんので、あらかじめご理解をお願い致します。他の輸血関連検査を含め、総合的なご判断をお願い致します。

ファルコバイオシステムズ 検査実施施設 ( )

2019.04.01



：製剤シールを貼ってください。  
 ※ ご提出頂くセグメントチューブへ製剤シールの貼り付けをお願いします。



：セグメントチューブ No.を記入してください。

