

# 臨床検査に関するお知らせ



株式会社セントラル医学検査研究所  
TEL(本社)029-225-8858 (下館)0296-28-5900

先生各位

平成 27 年 6 月

A-15-09

## 交差適合試験 (クロスマッチ) 内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、輸血検査関連の装置導入に伴いまして、対応できる専用容器は抗凝固剤入り試験管 (EDTA-2K 3.0mL/ピンク栓) のみとなりますのでご案内致します。

先生方にはご不便をお掛け致しますが、何卒ご了承賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

- ◆ 実施日 平成 27 年 6 月 15 日 (月) ご依頼分より
- ◆ 変更内容 交差適合試験の専用容器とバーコードラベルの取り扱い方

受血者検体  
(3mL 採血)



パイロットチューブ  
(最低 2 本)

バーコードラベル  
(真っ直ぐ貼る)



### 《ご提出方法》

EDTA-2K (ピンク栓) に 3mL 採血し、専用の空試験管 (赤栓) に「製剤のバーコードラベル」を貼付の上、パイロットチューブ (最低 2 本) と一緒にご提出いただきますようご協力お願い致します。  
尚、報告書が一部変更となりますので、裏面もご参照下さい。

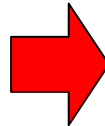
【検査報告書 変更内容】

<変更前>

検査報告書(フリー1)						
コード	40011	顧客名	セントラル医学検査研究所		種	
		受付日	2015年 04月 22日		提出医	
		カルテNo				
		氏名	テスト クロス3		種	
病種		受付No	0422-50012		性別	年齢
		透析	尿量		ml	
検査項目	コメント	検査結果	基準値	単位		
クロスマッチ3		別紙報告				
(コメント欄)						
実施料	192 点	判断料	0 点			
報告日	2015年 04月 23日		測定責任者	池澤 剛		
セントラル医学検査研究所 Tel:029-225-8858						

<変更後>

検査報告書(フリー1)						
コード	40011	顧客名	セントラル医学検査研究所		種	
		受付日	2015年 04月 22日		提出医	
		カルテNo				
		氏名	テスト クロス3		種	
病種		受付No	0422-50006		性別	年齢
		透析	尿量		ml	
検査項目	コメント	検査結果	基準値	単位		
クロスマッチ3		別紙報告				
		クロスマッチ(バイロット1)	1121169094			
		クロスマッチ(P1判定)	適合			
		クロスマッチ(バイロット2)	1122263691			
		クロスマッチ(P2判定)	適合			
		クロスマッチ(バイロット3)	1305140781			
		クロスマッチ(P3判定)	適合			
(コメント欄)						
実施料	192 点	判断料	0 点			
報告日	2015年 04月 22日		測定責任者	池澤 剛		
セントラル医学検査研究所 Tel:029-225-8858						



【別紙報告書 変更内容】

<変更前>

**交差適合試験(クロスマッチ) 別紙報告書**

依頼日 平成 年 月 日

貴院名 \_\_\_\_\_ 受付番号 \_\_\_\_\_

患者名 様 \_\_\_\_\_ 年齢 才 (男・女)

血液型	ABO式( )型・Rh式(D)( )	
輸血歴	無・有(回)	
妊娠歴	無・有(回)、分娩(回)	
疾患名	(自己免疫性疾患等の場合は是非ご記入下さい)	
備考	(過去検出された抗体など参考になることをご記入下さい)	

※不規則抗体保有の患者様には、陰性血液を発注していただけますようお願い致します。

血液製剤	RCC	凍結血漿	血小板	MAP	その他

	バイロット番号		生食法		PEGケームス法		判定
	シール貼付	バイロットNo(手書)	主	副	主	副	
1	シール貼付						適・保留・不適
2	シール貼付						適・保留・不適
3	シール貼付						適・保留・不適
4	シール貼付						適・保留・不適
5	シール貼付						適・保留・不適
6	シール貼付						適・保留・不適
7	シール貼付						適・保留・不適
8	シール貼付						適・保留・不適
9	シール貼付						適・保留・不適
10	シール貼付						適・保留・不適
							(自己対照判定)
直接ケームス検査結果 ( )							
<コメント>							
報告日時	月 日 AM/PM	検査担当者	確認者				

(株)セントラル医学検査研究所

<変更後>

**交差適合試験(クロスマッチ) 依頼書兼報告書**

依頼日 平成 年 月 日

貴院名 \_\_\_\_\_ 受付番号 \_\_\_\_\_

患者名 様 \_\_\_\_\_ 年齢 才 (男・女)

血液型	ABO式( )型・Rh式(D)( )	
輸血歴	無・有(回)	
妊娠歴	無・有(回)、分娩(回)	
疾患名	(自己免疫性疾患等の場合は是非ご記入下さい)	
備考	(過去検出された抗体など参考になることをご記入下さい)	

※不規則抗体保有の患者様には、陰性血液を発注していただけますようお願い致します。

血液製剤	赤血球	凍結血漿	血小板	その他( )

	バイロット番号		生食法	間接抗グロブリン試験	判定
	シール貼付	バイロットNo(手書)			
1	シール貼付				適・保留・不適
2	シール貼付				適・保留・不適
3	シール貼付				適・保留・不適
4	シール貼付				適・保留・不適
5	シール貼付				適・保留・不適
6	シール貼付				適・保留・不適
7	シール貼付				適・保留・不適
8	シール貼付				適・保留・不適
9	シール貼付				適・保留・不適
10	シール貼付				適・保留・不適
<コメント>					
報告日時	月 日 AM/PM	検査担当者	確認者		

(株)セントラル医学検査研究所

