

# 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。

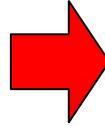
【検査報告書 変更内容】

<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	
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	
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		.....				
・クロスマッチ(バ)ロット1		1121169094				
・クロスマッチ(P1判定)		適合				
・クロスマッチ(バ)ロット2		1122263691				
・クロスマッチ(P2判定)		適合				
・クロスマッチ(バ)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)( )	
輸血症	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

	パイロット番号		生食法		PEGケームス法		判定
	シール貼付	パイロット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)( )	
輸血症	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( )

	パイロット番号		生食法	間接抗グロブリン試験	判定
	シール貼付	パイロット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

