

病院間での自己血輸血用血液の引き渡しについて

【目的】

「輸血療法の実施に関する指針」（改定版）では、「自己血輸血は院内での実施管理体制が適正に確立している場合は、同種血輸血の副作用を回避し得る最も安全な輸血療法であり、待機的手術患者における輸血療法として積極的に推進することが求められている。」と記載されている通り、現在多くの医療機関で普及されている。

群馬県合同輸血療法委員会では、転院する患者からすでに自己血輸血用血液を採血・保管している場合、その血液を転院先でも有効的に安心して自己血輸血できるよう構築する。

【自己血採血、保管】

平成 21 年 7 月 9 日付「自己血輸血の指針 改訂版（案）」に基づき自己血採血、保管を行う。

【引き渡し方法】

- ①自己血輸血用血液を採血・保管している患者が転院になり、転院先の主治医が自己血輸血用血液を必要とした場合には、採血した医療機関は「自己血輸血用血液の採血・保管証明書」（様式：群合自-001）を記載し、コピーし保管する。原本は搬入先の主治医へ渡す。書類の保管は 20 年。
- ②採血した医療機関は「自己血輸血用血液の搬出・搬入確認書」（様式：群合自-002）の搬出病院欄、搬出時刻を記載し、保存温度に適した温度が担保できる状態で搬出する。
- ③搬入された医療機関では、搬入された自己血輸血用血液の外観等を確認し、「自己血輸血用血液の搬出・搬入確認書」の搬入病院欄、搬入時刻を記載し、患者自身にも間違いなく搬入されたことを確認し、署名をもらう。
- ④③の書類をコピーし、コピーを搬入先医療機関、原本を搬出医療機関の輸血担当部門で 20 年間保管する。

自己血輸血用血液の採血・保管証明書

年 月 日

_____ 病院（搬入病院）

_____ 先生

_____ 病院（搬出病院）

担当医 _____

_____ 様（ID _____）の _____ 病院にて貯血した以下の自己血は、平成 21 年 7 月 9 日付「自己血輸血の指針 改訂版（案）」に基づき採血・保管したことを証明いたします。

自己血

	採血日	採血量	管理番号	有効期限	製剤名	血液型
1.	____年 ____月 ____日	_____ mL	_____	____年 ____月 ____日	_____	_____
2.	____年 ____月 ____日	_____ mL	_____	____年 ____月 ____日	_____	_____

自己血輸血用血液の採血・保管証明書

平成 21 年 7 月 9 日付「自己血輸血の指針 改訂版 (案)」より抜粋

1.	以下の貯血式自己血輸血の禁忌患者から採血はしていません。 (1) 菌血症の可能性のある細菌感染患者 ①治療を必要とする皮膚疾患、露出した感染創、熱傷のある患者 ②下痢のある患者 ③抜歯後 72 時間以内の患者 ④IVH を施行中の患者 ⑤抗生剤服用中の患者 (2) 不安定狭心症患者 (3) 高度の大動脈弁狭窄症 (AS) 患者 (4) NYHA IV 度以上の患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2.	以下の通り皮膚消毒を行いました。 (1) 穿刺部位を 70% イソプロパノールまたは消毒用エタノールで、末梢から中枢に向かって皮膚の汚れをふき取り、かつ消毒する。さらに、新しい消毒綿で同じ行為を繰り返す。 (2) 10% ポピドンヨード液を浸した滅菌綿棒あるいは綿球及び鉗子を用いて、穿刺部位から外側に向かって径 10cm 程度、同心円を描くように消毒し、十分乾燥させる。ヨード過敏症は 0.5% グルコン酸クロルヘキシジンアルコールを用いる。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3.	抜針後はチューブシーラーでチューブをシールしました。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4.	採血した自己血は、時記温度計、警報装置を備えた血液専用保冷庫を使用し、出庫まで適正な保存温度 (液状保存の全血および赤血球: 2~6℃、凍結保存の血漿: -20℃) で保存しました。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

_____ 様 (ID _____) の _____ 病院にて貯血した下記の自己血は、平成 21 年 7 月 9 日付「自己血輸血の指針 改訂版 (案)」に基づき上記のように採血・保管したことを証明いたします。

_____ 年 月 日

_____ 病院 (搬出病院)

担当医 _____

自己血

	採血日	採血量	管理番号	有効期限	製剤名	血液型
1.	_____ 年 月 日	_____ mL	_____	_____ 年 月 日	_____	_____
2.	_____ 年 月 日	_____ mL	_____	_____ 年 月 日	_____	_____

自己血輸血用血液の搬出・搬入確認書

_____様 (ID _____) の _____ 病院にて貯血した以下の自己血を、患者さんの転院のために _____ 病院より搬出、 _____ 病院に搬入しました。

搬送自己血

	採血日	採血量	管理番号	有効期限	製剤名	血液型
1.	____年 ____月 ____日	_____ mL	_____	____年 ____月 ____日	_____	_____
2.	____年 ____月 ____日	_____ mL	_____	____年 ____月 ____日	_____	_____

_____ 病院より _____ 病院に私の自己血（上記）が搬送されたことを確認しました。

患者様署名 _____

確認日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

.....

_____ 病院（搬出病院） _____ 病院（搬入病院）

医 師 _____

医 師 _____

検査技師 _____

検査技師 _____

搬出日時 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

搬入日時 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分