

## 赤血球不規則抗体保有カードの作成にあたって

このたび埼玉県合同輸血療法委員会では、より安全で適正な輸血医療向上を目的として、赤血球不規則抗体保有カードを作成・運用することとなりました。

医療機関関係者の皆様におかれましては、本カードが患者様に有益なものとなるよう、積極的なご活用をお願い申し上げます。

埼玉県合同輸血療法委員会

### 【目的】

「輸血療法の実施に関する指針」では、「37℃で反応する臨床的意義（副作用を起こす可能性）のある不規則抗体が検出された場合には、患者にその旨を記載したカードを常時携帯させることが望ましい。」とされています。

この度、埼玉県合同輸血療法委員会が中心となり、埼玉県内共用の赤血球不規則抗体保有カードを作成し運用する運びとなりました。多くの施設で活用してもらうことで、遅発性溶血性副作用の防止に役立てていくことを目的としています。

### 【カード受取医療機関へのお願い】

1. 赤血球不規則抗体保有カードに記載されている抗体は、発行した施設で検出された抗体で、保有既往抗体であることをご認識ください。
2. 不規則抗体検査は必ず自施設でも実施してください。
3. 輸血時は、その抗体に対応する抗原陰性血を選択し、必ず交差適合試験を実施してください。

### 【カード発行元医療機関へのお願い】

【記載内容】・【発行方法】等をご一読のうえ、適切に発行いただくようお願いします。

また、対象患者には、このカードは手術・出産等の輸血時に必要となる事があるので、受診先の医療機関に必ず提出するようお話してください。

## 【記載内容】

サイズは、一般カード（クレジットカード等 54mm×86mm）の大きさとします。  
記載内容は以下のとおりです。

### 《表面》

- ① 氏名：漢字とフリガナ
- ② 抗体名
- ③ 検査日
- ④ 施設名
- ⑤ No.（発行施設の通し番号 or ID）

### 《裏面》

- ① 注意（お願い）事項【患者】・【医師】
- ② カード問い合わせ先
- ③ 「埼玉県合同輸血療法委員会制作 初版」を明記

赤血球不規則抗体保有カード	
フリガナ	サイタマ タロウ
氏 名	埼玉 太郎 様
不規則抗体名	抗E・抗c
検査日	2015/12/22
No. 1	〇〇〇〇〇病院 〇〇科

**患者様へ**  
不規則抗体を保有していても、日常生活に支障はありません。輸血・手術・妊娠等の際には問題となる場合がありますので、他の医療機関を受診する際には、このカードを医師にご提示ください。

**医師の方へ**  
表記した抗体が認められましたので、輸血や妊娠の際には注意してください。このカードは、検査を省略するものではありません。必ず、自施設にて検査を実施してください。また、検査科にこのカードを提出してください。

**カードの問い合わせ先**  
〇〇〇〇〇〇病院 〇〇科  
TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（内線〇〇〇）  
【埼玉県合同輸血療法委員会作成 初版】



印刷後、山折りにしてください

## 【検査法・抗体名の記載】

1. 検査法は原則記載しません。
2. 抗体名は、間接抗グロブリン法で検出された抗体（臨床的に意義のある抗体）を記載します。但し、妊娠歴や輸血歴のある患者で、酵素法のみで検出された場合も記載します。

※臨床的に意義のある抗体：赤血球型検査（赤血球系検査）ガイドライン（平成26年12月改訂）に従います。

抗体の特異性	臨床的意義	輸血用血液製剤（赤血球製剤）の選択
Rh、Duffy、Kidd、Diego、S、s、Kell、M（間接抗グロブリン試験*陽性）、Le <sup>a</sup> （間接抗グロブリン試験*陽性）	あり	抗原陰性
Jr <sup>a</sup>	あり	抗原陰性が望ましい
その他高頻度または低頻度抗原に対する抗体	特異性、症例により異なる	輸血認定医、輸血認定技師または専門機関に相談

\*反応増強剤無添加－間接抗グロブリン試験（37℃， 60分）

#### 【発行方法】

1. 自施設で不規則抗体検査を実施<sup>\*1)</sup> し、不規則抗体検出時にカードを発行します。
2. カードはこちらからダウンロードできます。  
※手書きで作成する場合は、血液センターに印刷済みのカードがありますので  
ご請求ください。(埼玉県赤十字血液センター学術課 電話048-720-8006)
4. サイズ、フォント、文字サイズ等のフォーマット変更は行わないでください。  
※カード名のタイトル「赤血球不規則抗体保有カード」は変更不可としますが、  
背景色および文字色はご自由に変更できます。
5. 作成したカードはラミネート加工するなど、汚損しにくい方法でお渡しください。  
※ラミネートは60mm×90mmをご使用いただくと便利です。

#### 【医師・患者への説明やカードの手渡し方法】

1. 当委員会で作成した説明文(別紙資料)を参考に、医師・患者に説明してください。
2. カードの手渡し方法は各施設での運用法で行ってください。

#### 【注意事項】

1. 赤血球不規則抗体保有カードは、検査を省略するためのものではありません。  
必ず、自施設で不規則抗体検査<sup>\*1)</sup> ならびに交差適合試験を実施してください。
2. 当委員会は、発行済みカードに記載された不規則抗体名について、一切の責任を負いませんのでご了承ください。

\*1) 自施設から依頼した外注検査の結果でも構いません

平成 年 月 日

〇〇科 〇〇先生

I D : 〇〇〇〇〇

氏名 : 〇〇〇〇〇

生年月日 : 〇〇〇〇〇

不規則抗体 : 抗〇〇抗体

不規則抗体（赤血球に対する抗体）が陽性であるため、「赤血球不規則抗体保有カード」を発行しました。この「赤血球不規則抗体保有カード」は、輸血時や妊娠時に注意すべきことを記載した情報カードです。

輸血に際しては、不規則抗体と反応しない血液、すなわち対応する血液型抗原陰性の血液を選択することが必要です。これらの不規則抗体の力価が低下して交差適合試験が陰性の時でも、すでに体の中では免疫記憶されているため、対応する抗原陽性血液が輸血された場合、抗体が素早く産生され遅発性輸血副作用につながる恐れがあります。

この「赤血球不規則抗体保有カード」によって、輸血時は適切な製剤を準備することが可能になると考えられます。また、妊娠時は、新生児溶血性疾患の予測に役立つと思われます。

このような理由から、当院の再診時や他の医療機関を受診する時などには、必ずこの「赤血球不規則抗体保有カード」を提示するよう患者さんに説明して頂き、同封のカードをお渡し下さい。

また、今後輸血時は抗原陰性の血液の準備が必要となりますので、事前に検査・輸血部門までご連絡をお願いします。

検査部・輸血部

問い合わせ（内線 〇〇）