

ADAMTS13 検査依頼書(初回用)

依頼日: 西暦 年 月 日

施設・科:

主治医:

TEL: FAX:

E-mail:

1) 検体情報

検体 イニシャル(ID): () 年齢: 歳 性別: 男・女

検体採取日(計 日分)

患者背景: なし(特発性) 膠原病() 悪性腫瘍()
妊娠 造血幹細胞移植後 薬剤 その他()

既往歴:

家族歴:

現病歴: **別途臨床経過を添付ください**

貴院での臨床診断: 後天性 TTP 先天性 TTP 典型 HUS 非典型 HUS
二次性 TMA() DIC

急性期の状態

精神神経症状(内容:) 腎障害(尿検査異常を含む)
発熱(37°C以上) 血小板減少 溶血性貧血
嘔吐・下痢 出血症状()
その他()

現在の治療

血漿交換(FFP を置換液とする) FFP 輸注 ステロイド バイアスピリン
リツキシマブ シクロホスファミド ビンクリスチン シクロスポリン タクロリムス
脾摘 その他()

臨床経過

ADAMTS13 検査依頼書(初回用)

2)検査依頼項目

■ADAMTS13 活性測定 ■ADAMTS13 インヒビター測定

3)検査結果報告方法

通常検体到着後、数日以内にメールでご報告

4)試料保管に関する同意

奈良県立医科大学輸血部では「ADAMTS13 検査」の依頼を受けた患者さんの診療情報および血液検体を今後の臨床研究のために、匿名化した上で保管することをお願いしています。主治医の先生より患者さんに保管に関する説明を行っていただき、保管に賛同いただける場合には「同意する」に、希望されない場合には「同意しない」にチェックをお願いします。

同意する 同意しない

ADAMTS13 検査依頼書(初回用)

5) 急性期の検査データ

検査日	西暦	年	月	日	
末梢血					
	白血球数				
	赤血球数				
	ヘマトクリット				
	ヘモグロビン				
	血小板数				
	網状赤血球				
	赤血球像				
	破碎赤血球(%)				
止血					
	プロトロンビン時間(PT)(秒)				
	PT (%)				
	PT-INR				
	活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)				
	フィブリノゲン				
	アンチトロンビン				
	FDP				
	D-dimer				
生化学					
	総ビリルビン				
	間接ビリルビン				
	AST				
	ALT				
	LDH				
	ALP				
	CPK				
	BUN				
	クレアチニン				
	Na				
	K				
	Cl				
	ハプトグロビン				
	直接クームス				
	抗核抗体				
	トロポニン				
	CRP				
検尿					
	潜血				
	蛋白				
	沈査				