

回収血自己血貯血に関するアンケート調査

貴施設名 _____ 病院 記載担当者ご芳名 _____ 先生

* 貴施設で可能かお教え下さい。各項目について、下記からお選び下さい。

可能であり施行あり：○、可能であるが施行なし：△、可能ではない：×

1. 24時間対応の総腸骨動脈バルーンオクルージョン施行 ()
2. 平日の日勤帯のみ対応の総腸骨動脈バルーンオクルージョン施行 ()
3. 貯血式自己血貯血施行 ()
4. 回収血自己血貯血施行 ()

* 2007年から2012年までの過去6年間合計数をお教え下さい。概数でも結構です。

1. 妊娠22週以降の分娩数 _____ 件
2. 原因によらず母体死亡症例数 _____ 件
3. 産科的出血による母体死亡症例数 _____ 件
4. 同種血輸血を施行した症例数 _____ 件
5. 総腸骨動脈バルーンオクルージョン施行症例数 _____ 件
6. 産科的出血に伴う子宮摘出術施行症例数 _____ 件
7. 貯血式自己血貯血を施行した症例数 _____ 件
8. 貯血式自己血返血を施行した症例数 _____ 件
9. 回収血自己血貯血を施行した症例数 _____ 件

* 貴施設(貯血式自己血ならびに回収血自己血貯血に対応可能なご施設)での目安をお教え下さい。

貯血式自己血

1. 貯血式自己血貯血の適応となる出血予想量の目安 _____ mL
2. 貯血式自己血返血の適応となる出血量の目安 _____ mL
3. 貯血式自己血返血の適応となるヘモグロビン値の目安 _____ g/dL

回収血自己血

1. 回収血自己血貯血施行の適応になる出血予想量の目安 _____ mL

★ 回収式自己血輸血システム使用のご経験のあるご施設には、後日2次調査をお願い致します。

ご協力誠にありがとうございました。

お手数ですが、運営事務局までお送りいただきたく存じます。