

周産期における回収血自己血貯血に関する調査（2次調査票、妊婦個票）

貴施設名 \_\_\_\_\_ 病院 記載担当者ご芳名 \_\_\_\_\_ 先生

\* 回収血自己血貯血を施行された産科症例に関して下記へのご記入をお願い致します。

貴科での妊婦 ID 番号または患者認識番号 \_\_\_\_\_ 施行年度 \_\_\_\_\_ 年

分娩時年齢 \_\_\_\_\_ 歳 分娩回数 \_\_\_\_\_ 回 既往帝王切開術回数 \_\_\_\_\_ 回

分娩週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 胎児数 \_\_\_\_\_

出生体重 \_\_\_\_\_ g アプガースコア 1分値 \_\_\_\_\_ 5分後 \_\_\_\_\_

新生児予後（該当するものに○を）：健常生存（ ）、後遺症あり（ ）、死亡（ ）

基礎疾患（該当するものに○を）：前置胎盤（ ）、癒着胎盤（ ）、常位胎盤早期剥離（ ）

その他（ ）→具体的には \_\_\_\_\_

術中出血量 \_\_\_\_\_ mL 術前～術後全出血量 \_\_\_\_\_ mL

輸血量 RCC \_\_\_\_\_ 単位、FFP \_\_\_\_\_ 単位、PC \_\_\_\_\_ 単位、

フィブリノゲン \_\_\_\_\_ g、ノボセプン \_\_\_\_\_ V、アンチトロンビン \_\_\_\_\_ 単位

自己血貯血量 \_\_\_\_\_ mL、返血量 \_\_\_\_\_ mL

産科 DIC スコア：分娩前 \_\_\_\_\_ 点

B-Lynch 法・亜型法施行の有無 なし ・ あり → 原法 ・ 亜型法

総・内腸骨動脈バルーンオクルージョン施行の有無 なし ・ あり → 総腸骨 ・ 内腸骨

子宮摘出術施行の有無（有りの場合） なし ・ あり → 1 期的 ・ 2 期的

測定結果を記入願います。 未施行は空欄で結構です。	手術 開始前	回収 開始前	回収血返血 直前	回収血返血 直後	手術終了 直後	手術翌日
赤血球数（万/ $\mu$ L）						
ヘモグロビン（g/dL）						
ヘマトクリット（%）						
血小板数（x 万/ $\mu$ L）						
APTT（秒）						
フィブリノゲン（mg/dL）						
アンチトロンビン活性（%）						
D-dimer（ $\mu$ g/dL）						
FDP（ $\mu$ g/dL）						

ご協力誠にありがとうございました。お手数ですが、平成 26 年 2 月 25 日（火）までに運営事務局までお送りいただきたく存じます。後日、必要があれば詳細の問い合わせを E-mail でさせていただきます。E-mail アドレス： \_\_\_\_\_