第33回　西湘地区コントロールサーベイ　輸血検査実施要綱

【実施項目】

・血液型検査　1：ABO血液型およびRhD血液型検査

2：抗体価測定

・不規則抗体検査（机上）

【配布試料】

1：1-C（3～5％赤血球浮遊液）・1-S（血漿）

2：2-C（3～5％赤血球浮遊液）・2-S（抗体価測定用試料）

* 配布試料はそのまま使用してください。但し、強い溶血が認められた場合のみ赤血球を洗浄後、

3～5％に再浮遊し使用してください。

◎試料到着後、試料の状態を確認し、直ちに実施出来ない場合は冷蔵庫(2～8℃)にて保管し凍結させないよう御注意ください。

◎試料到着後、出来るだけ迅速に実施してください。

◎ヒト血液を原料として調製しています。感染等に注意して取扱いください。

【方法】

・血液型検査

1：ABO血液型およびRhD血液型検査を試験管法にて実施してください。

　　　　RhD血液型検査にて抗D試薬の直後判定が“陰性”の場合は、引き続き≪D陰性確認試験≫を

行ってください。

使用している抗D試薬名を回答欄に記入してください。

2：抗体価測定

①自施設の生理食塩液にて試料の希釈系列（100μL）を作製する。

②各試験管に赤血球浮遊液（調製済）を50μL加え、**室温（25℃程度）**で**10分間放置後、**

1000G 15秒遠心し判定してください。

注1）希釈の仕方についてはJAMT技術教本シリーズ『輸血・移植検査技術教本』または

日本臨床衛生検査技師会発行『新輸血検査の実際』を参照してください。

注２）抗体価は（1＋）以上の凝集を示す最大希釈倍数とします。

・不規則抗体検査

回答用紙の抗原組成表にて消去法を行い、各設問に回答してください。

抗原組成表には消去法も入力してください。

赤血球型検査(赤血球系検査)ガイドライン(改訂2版)に沿って回答してください。

【回答方法】

結果を入力したファイルを下記アドレスに電子メールへ添付して送信してください。

送付ファイル名は「施設No．施設名　西湘輸血」としてください。

結果送信用メールアドレス：seisyousabei@yahoo.co.jp

結果送信締切：2017.4.15(土)必着

【輸血検査に関する問合せ】

山近記念総合病院　検査室　安井祥子　℡ 0465-47-7151