

細胞治療 F2149 R1.0: 呼吸器ウイルス感染症輸注後情報

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2022/8/25

キーフィールド

CIBMTR センター番号 : _____

細胞治療登録一元管理番号 (CRID) : _____

イベント日 (輸注予定日) : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

Visit (フォーム名) : 初回 フォローアップ

感染症の診断

質問 : 1-10

1. 感染症の診断日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

質問 2~6 では、呼吸器ウイルス感染症の診断の根拠となったすべての検査方法を報告してください。検査は、診断日の 7 日前から 14 日後までに実施されたものである必要があります。

「フォローアップ」報告の場合→ 質問 7 へ

2. 呼吸器ウイルス感染の診断を決定するために行われた検査を選択してください。(当てはまるものをすべて選択してください)

- 鼻腔スワブ/洗浄液
- 気管支肺胞洗浄 (BAL) からの肺液
- ウイルス性細胞変性変化の組織病理学所見 (生検)
- 培養
- その他

→ 3. 詳細 : _____

4. 感染症の診断を裏付けるような放射線画像の所見はありましたか? (X 線、CT、MRI など)

- はい/有
- いいえ/無
- 不明

→ 5. 撮影部位を選択してください。(当てはまるものをすべて選択してください)

- 胸部
- 副鼻腔
- その他の撮影部位

→ 6. その他の撮影部位を記載してください。_____

細胞治療 F2149 R1.0: 呼吸器ウイルス感染症輸注後情報

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2022/8/25

質問 7~9 では、「初回」報告の場合、診断日の 7 日前から 14 日後までのデータを報告します。

「フォローアップ」報告では、「初回」の評価日からウイルス感染が回復した日までのデータを報告します。

7. 患者は酸素投与を必要としましたか？（鼻カニューレ、酸素マスク、人工呼吸器など）

- はい/有
 いいえ/無

8. 患者に気管内挿管または人工換気（機械的換気）を行いましたか？

- はい/有
 いいえ/無

9. 挿管日：_____ / _____ / _____ （YYYY/MM/DD） 推定した日付である

10. 患者にコルチコステロイドを投与しましたか？（経口または静注による全身投与）

- はい/有
 いいえ/無

血液学的所見

質問：11-24

「初回」報告の場合は、診断日に最も近い日付における値を入力ください（± 7 日）。「フォローアップ」報告の場合は、ウイルス感染症の治癒から最も近い日付における値を入力ください。

11. 全血算測定日：_____ / _____ / _____ （YYYY/MM/DD）

12. 白血球

- 該当データ有り
 不明

13. _____ $\times 10^9/L$ ($\times 10^3/mm^3$) $\times 10^6/L$

14. 好中球

- 該当データ有り
 不明

15. _____ %

16. 単球

- 該当データ有り
 不明

17. _____ %



細胞治療 F2149 R1.0: 呼吸器ウイルス感染症輸注後情報

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2022/8/25

18. リンパ球

- 該当データ有り
- 不明

→ 19. _____ %

20. 血小板

- 該当データ有り
- 不明

→ 21. _____ x 10⁹/L (x 10³/mm³) x 10⁶/L

これが「フォローアップ」報告の場合は、質問 22~24 は無効になります。 → 質問 25 へ

22. IgG

- 該当データ有り
- 不明

→ 23. _____ mg/dL g/dL g/L

24. 検体採取日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

治療

質問 : 25-41

「初回」報告の場合、診断日の 7 日前 から 14 日後 までの全ての治療薬を報告します。

「フォローアップ」報告では、「初回」の評価日からウイルス感染が回復した日までの全ての治療薬を報告します。

25. 患者は何か治療を受けましたか？

- はい/有
- いいえ/無 → 質問 40 へ

26. 抗ウイルス薬

- はい/有
- いいえ/無 → 質問 32 へ

抗ウイルス薬

質問 : 27-31

27. 抗ウイルス薬を選択してください。

- アマンタジン (シンメトレル)
- オセルタミビル (タミフル)

細胞治療 F2149 R1.0: 呼吸器ウイルス感染症輸注後情報

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2022/8/25

- パリビズマブ（シナジス）
- ペラミビル（ラピバブ）
- リバビリン（経口または静注）
- リマンタジン
- ザナミビル（リレンザ）
- その他の抗ウイルス薬

→ 28. その他の抗ウイルス薬を記載してください： _____

29. 開始日： _____ / _____ / _____ （ YYYY/MM/DD ） 推定した日付である

30. 前回の評価以降、抗ウイルス薬を中止しましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ 31. 中止日： _____ / _____ / _____ （ YYYY/MM/DD ） 推定した日付である

複数の抗ウイルス薬を使用された場合、質問 27～31 を追加（コピー）してください。

32. IVIG（ポリクローナル静注γグロブリン）

- はい/有
- いいえ/無

→ 33. 治療は感染症の診断日の7日以上前に開始されましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ 34. 開始日 _____ / _____ / _____ （ YYYY/MM/DD ） 推定した日付である

35. その他の治療

- はい/有
- いいえ/無 → 質問 40 へ

その他の治療

質問：36-39

36. その他の治療を記載してください： _____

37. 開始日 _____ / _____ / _____ （ YYYY/MM/DD ） 推定した日付である

細胞治療 F2149 R1.0: 呼吸器ウイルス感染症輸注後情報

※文字色がグレーの質問/選択肢については、回答不要/選択不可です。

2022/8/25

38. 前回の評価以降、治療を中止しましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ 39. 中止日： _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD) 推定した日付である

複数の「その他の治療」を実施された場合、質問 36～39 を追加（コピー）してください。

40. 感染症の状況を選択してください。

（ステータスが「未回復」または「軽快」と入力された場合は、新たな呼吸器ウイルス感染症輸注後情報（2149）が作成されます。ウイルス感染症の回復後、「フォローアップ」フォームに記載する必要があります。）

- 死亡
- 未回復
- 軽快
- 回復
- 不明

→ 41. 評価日： _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD) 推定した日付である

記入者氏名： _____

記入日： _____ / _____ / _____