

細胞治療 F2814 R5.0 : 治療法の登録

※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。

2025/3/6

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)

適応症

質問 : 1-2

1. JDCHCT に報告する適応症を選択してください(造血細胞移植については輸注日のみ入力し、その他は TRUMP に入力してください)

- 細胞治療、あるいは造血細胞移植(日本の施設はこれを選択してください) → 質問 3 へ
- Marrow toxic injury
- Non-cellular therapy (e.g. study enrollment, chemotherapy, immunotherapy. etc.)

2. Date of marrow toxic injury: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

輸注(細胞治療)

質問 : 3-12

3. 輸注される製品は、造血を定着/回復する目的で CD34+細胞を含んでいますか？

- はい/有(造血細胞移植、遺伝子治療、もしくは CD34+ Boost など)
- いいえ/無(細胞治療など)

6. この輸注にもちいる製品のうち、遺伝子に変更・操作がなされたものはありますか？(細胞治療は「はい/有」、造血細胞移植は「いいえ/無」を選択してください)

- はい/有 → 質問 12 へ
- いいえ/無 → 質問 12 へ

7. 遺伝子の変更・操作は遺伝子の異常を修復または修正するために行われましたか？

- はい/有
- いいえ/無

8. この輸注はドナーリンパ球輸注 (DLI) でしたか？

- はい/有
- いいえ/無

9. 本報告期間における DLI の数 : _____

細胞治療 F2814 R5.0 : 治療法の登録

※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。

2025/3/6

10. ドナーを選択してください

- 自家
- 同種（血縁）
- 同種（非血縁）

11. このドナーは以前にこの患者に細胞を提供したことがありますか？

- はい/有
- いいえ/無

12. 輸注日： _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

記入者氏名： _____

記入日： _____ / _____ / _____