

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)

新たな悪性腫瘍、リンパ組織増殖性または骨髄増殖性疾患・障害

質問 : 1-23

最終報告日以降に新たに診断された悪性腫瘍が複数ある場合、それぞれの悪性腫瘍ごとに Form3500 を提出してください。
新たに診断された悪性腫瘍に関する病理報告書、あるいはその他補足文書の JDCHCT への提出をお願いいたします。

1. 新たな悪性腫瘍を選択してください。

- 急性骨髄性白血病 (AML/ANLL)
- その他の白血病
- 骨髄異形成症候群 (MDS)
- 骨髄増殖性腫瘍 (MPN)
- 骨髄異形成症候群/骨髄増殖性腫瘍 (MDS/MPN)
- ホジキンリンパ腫
- 非ホジキンリンパ腫
- 移植後リンパ増殖性疾患 (PTLD)
- 白血病/MDS でない clonal cytogenetic abnormality
- 悪性転換のない、ドナー細胞の制御できない増殖
- 乳がん
- 中枢神経系 (CNS) 悪性腫瘍 (膠芽腫、星状細胞腫など)
- 消化管悪性腫瘍 (結腸、直腸、胃、膵臓、腸など)
- 泌尿生殖器系悪性腫瘍 (腎臓、膀胱、卵巣、精巣、生殖器、子宮、子宮頸部など)
- 肺がん
- 黒色腫
- 基底細胞皮膚悪性腫瘍
- 扁平上皮細胞皮膚悪性腫瘍
- 口腔咽頭がん (舌、頬粘膜など)
- 肉腫
- 甲状腺がん
- その他の新たな悪性腫瘍

→ 2. その他の新たな悪性腫瘍を記載してください : _____

3. 診断日 : _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)

4. 新たな悪性腫瘍はドナー/細胞製剤由来でしたか？

- はい/有
- いいえ/無
- 未検査

→ **5. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (細胞起源評価など (VNTR、細胞遺伝学、FISH))**

- はい/有
- いいえ/無

6. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (病理報告書、解剖報告書など)

- はい/有
- いいえ/無

質問 1 で「移植後リンパ増殖性疾患 (PTLD)」を選択した場合にのみ質問 7~23 へ回答してください。

7. 血液中の EBV 再活性が認められましたか？

- はい/有
- いいえ/無 → 質問 13 へ
- 不明 → 質問 13 へ

→ **8. どのように EBV 再活性を診断しましたか？**

- 血液の定性 PCR → 質問 13 へ
- 血液の定量 PCR
- その他の方法

→ **9. その他の方法を記載してください：** _____ → 質問 13 へ

10. 血液の定量 EBV ウイルス量： (EBV 診断時) _____ **copies/mL**

11. 診断後に血液の定量 PCR を再度実施しましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ **12. 血液の最高 EBV ウイルス量：** _____ **copies/mL**

13. リンパ腫病変がありましたか？ (腫瘍など)

- はい/有 → 質問 14 へ
- いいえ/無 → 質問 22 へ

PTLD 病変の部位を記載してください :

14. 骨髄

- はい/有
- いいえ/無

15. 中枢神経系 (CNS) (脳または脳脊髄液)

- はい/有
- いいえ/無

16. 肝臓

- はい/有
- いいえ/無

17. 肺

- はい/有
- いいえ/無

18. リンパ節

- はい/有
- いいえ/無

19. 脾臓

- はい/有
- いいえ/無

20. その他の部位

- はい/有
- いいえ/無

→ 21. その他の部位を記載してください : _____

22. PTLD は生検で確認されましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ 23. 文書を JDCHCT に提出しましたか？ (病理報告書など)

- はい/有
- いいえ/無

記入者氏名 : _____

記入日 : _____ / _____ / _____