

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 : 1-12

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添付を推奨いたします。

1. 新たな悪性腫瘍を選択してください。

血液悪性腫瘍

- 急性骨髄性白血病 (AML/ANLL)
- 急性リンパ性白血病 (ALL)
- その他の白血病
- 骨髄異形成症候群 (MDS)
- 骨髄増殖性腫瘍 (MPN)
- オーバーラップ型骨髄異形成症候群/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 → 質問 2 へ
- 多発性骨髄腫/形質細胞性腫瘍
- 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

固形腫瘍

- 骨肉腫 (部位とは無関係)
- 軟部肉腫 (部位とは無関係)
- 口腔咽頭がん (舌、口腔、咽喉など) → 質問 4 へ
- 消化器系悪性腫瘍 (食道、胃、小腸、結腸、直腸、肛門、肝臓、膵臓など) → 質問 5 へ
- 肺がん
- 黒色腫
- 扁平上皮細胞皮膚悪性腫瘍
- 基底細胞皮膚悪性腫瘍
- 乳がん
- 泌尿生殖器系悪性腫瘍 (腎臓、膀胱、子宮頸部、子宮、卵巣、前立腺、精巣など) → 質問 6 へ
- 中枢神経系 (CNS) 悪性腫瘍 (髄膜腫、神経膠腫など) → 質問 7 へ
- 甲状腺がん

その他

- その他の新たな悪性腫瘍 → 質問 8 へ

2. 移植後リンパ増殖性疾患 (PTLD) と診断されましたか？

- はい/有
- いいえ/無

→ 3. PTLD の分類を選択してください

- 単形性
- 多形性
- 不明

4. 口腔咽頭がんについて選択してください

- 舌
- 口腔
- 咽喉
- その他の口腔咽頭がん → 質問 8 へ

5. 消化管悪性腫瘍について選択してください

- 食道
- 胃
- 小腸(十二指腸, 空腸, 回腸)
- 結腸
- 直腸
- 肛門
- 肝臓
- 膵臓
- その他の消化管悪性腫瘍 → 質問 8 へ

6. 泌尿生殖器悪性腫瘍について選択してください

- 腎臓
- 膀胱
- 子宮頸部
- 子宮
- 卵巣
- 前立腺
- 精巣
- その他の泌尿生殖器悪性腫瘍 → 質問 8 へ

7. 中枢神経系 (CNS) について選択してください

- 髄膜腫
- 神経膠腫
- その他の中枢神経系 (CNS) 悪性腫瘍 → 質問 8 へ

8. その他の新たな悪性腫瘍を記載してください: _____

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

10. 文書を JDCHCT に提出しましたか? (病理報告書、解剖報告書など) (JDCHCT は文書の添付を推奨しています)

- はい/有
- いいえ/無

11. 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

→ 12. 文書を JDCHCT に提出しましたか? (細胞起源評価 (VNTR、細胞遺伝学、FISH) など) (JDCHCT は文書の添付を推奨しています)

- はい/有
- いいえ/無

移植後リンパ増殖性疾患 (PTLD)

質問: 13-24

質問 1 で「非ホジキンリンパ腫」を選択、かつ質問 2 で「はい/有」を選択した場合にのみ回答してください。

13. PTLD は生検で確認されましたか?

- はい/有
- いいえ/無 → 質問 16 へ

→ 14. 腫瘍の病理学的診断にて、EBV が陽性でしたか?

- はい/有
- いいえ/無

15. 文書を JDCHCT に提出しましたか? (病理報告書など) (JDCHCT は文書の添付を推奨しています)

- はい/有
- いいえ/無

16. 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 22 へ
- 未検査 → 質問 22 へ

17. 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 22 へ
- 血液の定量 PCR → 質問 19 へ
- その他の方法

18. その他の方法を記載してください： _____ → 質問 22 へ

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

20. 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

21. 血液の最高 EBV ウイルス量： _____ copies/mL

22. リンパ腫病変がありましたか？ (腫瘍など)

- はい/有
- いいえ/無 → 本質問で回答終了です。

23. PTLD 病変の部位を記載してください (当てはまるものをすべて選択してください)

- 骨髄
- 中枢神経系 (CNS) (脳または脳脊髄液)
- 肝臓
- 肺
- リンパ節
- 脾臓
- その他の部位

24. その他の部位を記載してください： _____

記入者氏名： _____

記入日： _____ / _____ / _____