

**細胞治療 F3500 R2.0 : 新たな悪性腫瘍（二次癌）**

※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。

2024/6/28

**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髓増殖性疾患・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、脾臓など) → 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



一般社団法人

日本造血細胞移植データセンター

JDCHCT The Japanese Data Center for Hematopoietic Cell Transplantation

## 細胞治療 F3500 R2.0 : 新たな悪性腫瘍（二次癌）

※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。

2024/6/28

**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
- 脾臓
- 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



**細胞治療 F3500 R2.0 : 新たな悪性腫瘍（二次癌）**

※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。

2024/6/28

**7. 中枢神経系（CNS）について選択してください**

- 體膜腫  
 神經膠腫  
 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



**細胞治療 F3500 R2.0 : 新たな悪性腫瘍（二次癌）**

※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。

2024/6/28

**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 ウィルス量： (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 ウィルス量： \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

