

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、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

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

- ☐ 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

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： _____ / _____ / _____