

移植用ヒト羊膜提供申請書

別紙10

西暦 年 月 日

羊膜のサイズと枚数	細切羊膜 (2cm大)	枚
	その他(研究用) (cm × cm)	枚
手術予定日	西暦 年 月 日	
患者ID (カルテNo)		
この患者様への羊膜移植は	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1回目 ・ 2回目以上 (_____ 回目) 前回の移植日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
羊膜移植を必要とする状態 番号に○をおつけください 複数回答可	<ol style="list-style-type: none"> 1. 角膜上皮欠損 (腫瘍切除後、癒着解除後、角膜表層切除後、潰瘍底搔爬後 等を含む) 2. 結膜・結膜上皮欠損 (腫瘍切除後、癒着解除後、結膜嚢形成 等を含む) 3. 角膜移植 (上皮移植を含む) との併用 4. 角膜潰瘍・角膜穿孔または切迫穿孔 5. 角膜・結膜のびらん (化学外傷、熱傷 等を含む) 6. その他 (_____) 	
移植医療機関の住所 名称	住所: 〒 名称:	
申請者・術者 (術者認定を受けている医師) の所属・氏名	所属: 氏名:	
羊膜の送付先* (実務担当者・弊バンクとの 連絡担当者と、緊急連絡先) 到着希望部署など、より詳細に ご記入下さい。	住所: 〒 名称: 部署・氏名: TEL : E-mail :	
備考 (連絡事項等ご自由にお使い ください)	羊膜到着希望日: _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 (※午前・午後の指定があれば、合わせてご記入ください)	

*申請書は手術1件に対して申請書1枚をご提出ください。用度担当者が受領された組織の確認を行う場合であっても、送付先は移植医と同部署の実務担当者をご記入ください。

*緊急の場合を除き、予定手術日の2週間前を目安に申請をお願いします。尚、手術日の最終決定は、弊バンクの申請受理の連絡を受けてからにしてください、お願い致します。

*羊膜はドライアイスと共に梱包され、凍結された状態で搬送します。凍傷にご留意の上、受領後速やかに-40℃以下に設定された医療用フリーザー内に移動し厳重に保管して下さい。使用直前に体温以下で解凍、生理食塩水や眼内灌流液等で十分に保存液を洗浄した後、絨毛膜側の面を確認後移植して下さい。羊膜の状態に気になることがあれば、必ず移植前に弊バンクに電話でご相談下さい。

*申請書ご提出後、平日3日以上経っても弊バンクからの連絡がない場合は、必ず電話にてご確認ください。

問い合わせ: 東京歯科大学市川総合病院 羊膜バンク 平日9:00~17:00 TEL: 047-324-1010

(羊膜バンクで記載) メディカルディレクター署名: _____

供給 Tissue ID : _____