

血液部門担当者 各位

## 平成 27 年度（第 23 回）福島県臨床検査技師会精度管理 血液部門 実施内容について

昨年の精度管理事業におきまして、ご協力いただき大変ありがとうございました。

今年度も血液部門実施項目全ての回答を**回答用紙に記入**とさせていただきます。

回答用紙は回答用紙-1(血算測定、機器 5 分類)、回答用紙-2(フォトサーベイ、目視 5 分類、アンケート調査)、回答用紙-3(破碎赤血球に関する合同調査)となっておりますので、各自プリントアウトしご記入ください。その際、施設番号、施設名、担当者、連絡先が重複してしまいますが、ご面倒でもご記入下さるようお願いいたします。

また、今年度も血算測定の**測定日時を指定、測定モードはマニュアルモードに統一**いたしましたのでご注意ください。試料到着後は冷蔵保存し、指定された日時での測定をお願いいたします。

### I. サーベイ概要

#### 1. 実施項目

(1) 血算測定 (WBC・RBC・HGB・HCT・MCV・PLT)

※ 但し、**血液1のみ機器 5 分類も測定**してください。(参考調査)

	CBC	5DIFF
血液1	○	○
血液2	○	×

(2) 形態検査 (フォトサーベイ、目視 5 分類) \*目視 5 分類は評価対象外

(3) アンケート調査

(4) 破碎赤血球に関する北日本合同調査 (参考調査)

#### 2. 送付物

(1) 血算測定用試料 : 2 試料 (血液 1、血液 2)

(2) 目視分類用スライド : 1 枚

#### 3. 実施にあたってのお願い

(1) 血算測定のみに参加の場合は、”血算測定”に、

形態検査のみに参加の場合は、”形態検査”にお答えください。

(2) 試料に破損、溶血など不具合があった場合は、至急下記にご連絡ください。

<問い合わせ先> 太田西ノ内病院臨床検査部 安藤 菜緒美

TEL 024(925)1188 内線 (30303) FAX 024(925)8835

## Ⅱ. サーベイ実施内容および注意事項

### 1. 血算測定

試料（血液 1、血液 2）について、以下の項目の値をマニュアルモードで測定してください。

#### (1) 実施項目

血液 1 : CBC6 項目 (WBC・RBC・HGB・HCT・MCV・PLT)

機器 5 分類 (参考調査)

血液 2 : CBC6 項目 (WBC・RBC・HGB・HCT・MCV・PLT)

#### (2) 測定日時

**測定日 : 7月14日(火)**

**測定時間 : 午後3時～午後5時**

#### (3) 測定についての注意事項

- 1) 試料は、指定された測定日時まで冷蔵庫に保管してください。
- 2) 測定する際は、試料（血液 1、血液 2）を室温に 15 分静置してください。  
その後、転倒混和などを繰り返し行い、十分に混和された状態で測定してください。（激しく振ることは絶対に避けてください）
- 3) マニュアルモードで測定してください。
- 4) 感染症検査が陰性の血液を使用しておりますが、日常の検体と同様、取り扱いには注意してください。

#### (4) 回答用紙-1 記入についての注意事項

- 1) WBC の単位は  $\times 10^9/L$  とし、四捨五入して小数点第 1 位までを記入。
- 2) RBC の単位は  $\times 10^{12}/L$  とし、四捨五入して小数点第 2 位までを記入。
- 3) HGB の単位は g/dL とし、四捨五入して小数点第 1 位までを記入。
- 4) HCT の単位は % とし、四捨五入して小数点第 1 位までを記入。
- 5) MCV の単位は fL とし、四捨五入して小数点第 1 位までを記入。
- 6) PLT の単位は  $\times 10^9/L$  とし、小数点第 1 位を四捨五入し整数を記入。
- 7) **セルダインシリーズで、NOC/WOC 法による白血球数を測定できる機種を使用しているご施設では、NOC 値あるいは WIC 値の白血球数を測定し、記入してください。**
- 8) 測定結果に、IP メッセージまたはサスペクトフラグメッセージ等がみられた場合は、その内容を記入してください。

## 2. 形態検査

### 2-1. フォトサーベイ

設問 1～設問 6 について細胞名等をコード表より選び、コード番号を**回答用紙-2**に記入して下さい。

### 2-2. 目視分類

ウェッジ法にて作成した末梢血液塗抹標本 (May-Giemsa 二重染色済) 1 枚  
健常人 (30 歳代女性)

<参考検査データ>

血液検査 : WBC  $6.6 \times 10^9/L$ 、RBC  $4.26 \times 10^{12}/L$ 、HGB 11.7g/dL、HCT 35.3%、  
PLT  $199 \times 10^9/L$

生化学検査 : TP 7.3g/dL、AST 15U/L、ALT 17U/L、LD 155U/L、CRP <0.05mg/dL

(1) 実施項目

- 1) 白血球目視分類 (200 カウントした後、%で記入してください)
- 2) 各血球所見

**回答用紙-2**に記入して下さい。

## 3. アンケート調査

精度管理参加施設の血液検査状況把握のため、アンケートにご協力をお願い致します。

**回答用紙-2**にてお答えください。

## 4. 破碎赤血球に関する北日本合同調査

北日本の破碎赤血球合同サーベイを実施します。

血算測定のみ参加のご施設も可能な限りご協力をお願い致します。

- 1) アンケート
- 2) 破碎赤血球をカウントしてください。
- 3) 破碎赤血球を選んでください。

**回答用紙-3**にてお答えください。(※2 ページありますのでご注意ください。)

平成 27 年度精度管理 血液部門 回答用紙－ 1

施設番号		施設名	
担当者		連絡先	
試料到着日時		測定日時	

**血算測定**

使用機器名 ( )メーカー名 ( )

	WBC ( $\times 10^9/L$ )	RBC ( $\times 10^{12}/L$ )	HGB (g/dL)	HCT (%)	MCV (fL)	PLT ( $\times 10^9/L$ )
血液 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
血液 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

小数点第 1 位    小数点第 2 位    小数点第 1 位    小数点第 1 位    小数点第 1 位    整数

\* 試料に溶血等があれば記入してください。

血液 1 ( )

血液 2 ( )

\* 測定時にメッセージがあれば記入してください。

血液 1 ( )

血液 2 ( )

**機器 5 分類**

	NEUT (%)	LYMPH (%)	MONO (%)	EO (%)	BASO (%)
血液 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* 測定時にメッセージがあれば記入してください。

( )

平成 27 年度精度管理 血液部門 回答用紙－ 2

施設番号		施設名	
担当者		連絡先	

形態検査(フォトサーベイ)

設問 1-1	設問 1-2	設問 1-3	設問 1-4	設問 1-5	設問 2	設問 3-1	設問 3-2	設問 4	評価対象外
設問 5-1	設問 5-2	設問 5-3	設問 6-1	設問 6-2	設問 6-3	設問 6-4	設問 6-5	設問 6-6	

形態検査(目視 5 分類)

芽球(%)	前骨髄球(%)	骨髄球(%)	後骨髄球(%)	桿状核球(%)	分葉核球(%)	リンパ球(%)
単球(%)	好酸球(%)	好塩基球(%)	異型リンパ球(%)	その他 1(%)	その他 2(%)	赤芽球(100W)

\* 「その他の細胞」とした施設は、その名称を記入してください。

血液 1 (その他の細胞 1 : , その他の細胞 2 : )

\* 好中球の分類基準について :

長径と短径の比率が 3 : 1 以上のものは桿状核球としてください。

\* 各血球所見を記入してください。

白血球所見				
赤血球所見				
血小板所見				

アンケート調査

凝固検査を自施設で実施しているご施設におうかがいします。

1. 福島県ではこれまで実施してきませんでした。他県では凝固検査の精度管理調査を実施しているところもあります。福島県で実施するとしたら参加されますか。また、日臨技の精度管理調査で凝固検査に参加されていますか。

福島県 参加する 参加しない

日臨技 参加している 参加していない

2. プロトロンビン時間の測定に使用している試薬と測定機器を教えてください。

試薬 ( ) 測定機器 ( )

ご協力ありがとうございました。

施設番号		施設名	
担当者		連絡先	

**破碎赤血球に関する北日本合同調査**

1) アンケート調査

1. 破碎赤血球と聞いて思い浮かべる特徴は？(フリー回答)

2. セントラルパーラーが有れば破碎赤血球としない(しにくい)

YES or No

3. サイズの小球化が無ければ破碎赤血球としない(しにくい)

YES or No

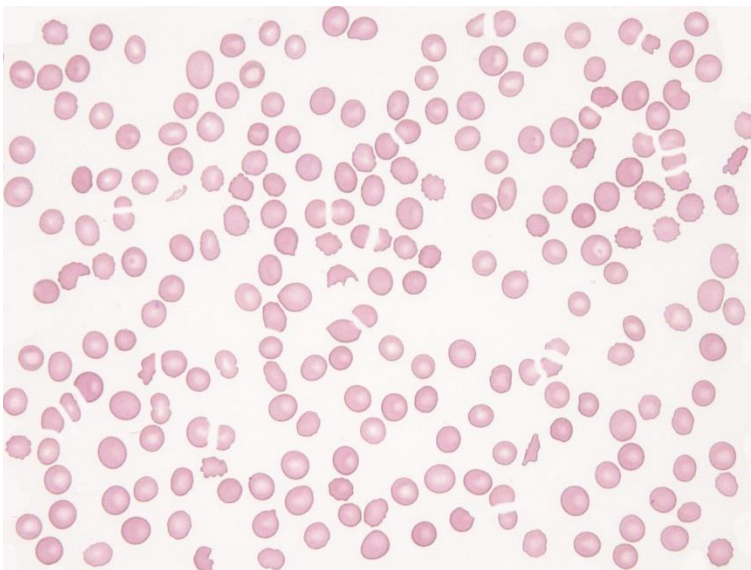
4. 「ちぎれ」の有無の判断に悩むことがある

YES or No

5. 小型球状は破碎赤血球に含まない

YES or No or 他の赤血球も含めて判断

2) 破碎赤血球カウント



赤血球総数 [            個]

破碎赤血球数 [            個]

破碎赤血球% [            %] (小数点第 1 位)

3) 破碎赤血球を選んで [ ] に○をつけてください。



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]



[ ]