

血液部門担当者 各位

## 平成 26 年度（第 22 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、フォトサーベイ）、回答用紙-2（目視 5 分類）、回答用紙-3（アンケート）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）

#### 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 : 2 枚（標本 1、標本 2）

#### 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15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 8 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-1**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) 2 枚

標本 1 : 健常人 (50 歳代女性)

< 参考検査データ >

血液検査 : WBC  $5.5 \times 10^9/L$ 、RBC  $4.70 \times 10^{12}/L$ 、HGB 14.5g/dL、HCT 42.8%、  
PLT  $196 \times 10^9/L$

生化学検査 : TP 7.6g/dL、AST 22U/L、ALT 20U/L、LD 204U/L、CRP <0.03mg/dL

標本 2 : 悪性リンパ腫治療中で G-CSF 使用 (70 歳代男性)

< 参考検査データ >

血液検査 : WBC  $29.7 \times 10^9/L$ 、RBC  $2.72 \times 10^{12}/L$ 、HGB 8.1g/dL、HCT 23.5%、  
PLT  $105 \times 10^9/L$

生化学検査 : TP 6.2g/dL、AST 67U/L、ALT 9U/L、LD 1904U/L、CRP 3.67mg/dL

#### (1) 実施項目

- 1) 白血球目視分類 (200 カウント)
- 2) 各血球所見

回答は**回答用紙-2**に、貴施設で採用している桿状核球、分葉核球の分類基準別に記入して下さい。

## Ⅲ. 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-3**にてお答えください。

平成 26 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"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <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"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <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。

( )

**形態検査(フォトサーベイ)**

設問 1	設問 2	設問 3	設問 4	設問 5-1	設問 5-2	設問 5-3	設問 5-4	設問 5-5	設問 5-6
設問 6-1	設問 6-2	設問 7-1	設問 7-2	設問 7-3	設問 7-4	設問 7-5	設問 7-6	設問 8-1	設問 8-2

平成 26 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(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(%)
標本 1							
標本 2							
	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)
標本 1							
標本 2							

\* 「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 : )

血液 2 (その他の細胞 1 : , その他の細胞 2 : )

\* 各血球所見を記入してください。

白血球所見	標本 1				
	標本 2				
赤血球所見	標本 1				
	標本 2				
血小板所見	標本 1				
	標本 2				

\* 貴施設で採用している分葉核球の分類基準に該当する番号を○で囲んでください。

1. 日本臨床衛生検査技師会 標準化案
2. 日本検査血液学会 標準化案
3. その他 (その基準を教えてください)

( )

施設番号		施設名	
担当者		連絡先	

### 〈アンケート調査〉

精度管理調査参加施設の現状を把握するために、アンケート調査にご協力ください。

1. 貴施設で実施している血液検査の業務内容について○で囲んでお答えください。

血液検査： 血算      網状赤血球      血液像（機器像）      血液像（目視像）

凝固検査：      PT      APTT      フィブリノーゲン      ヘパプラスチンテスト  
 トロンボテスト      FDP      D-ダイマー      AT-III      PIC      TAT  
 出血時間      凝固因子活性（      ）

その他 [      ]

骨髓像検査： 骨髓穿刺（標本作成・細胞数算定）      骨髓像鏡検

その他： 赤血球浸透圧抵抗試験      Ham test      Sugar water test

[      ]

2. 染色についてお答えください。（\*実施している施設のみお答えください。）

血液像（      ）

骨髓像（      ）

その他実施している染色

[      ]

3. 貴施設で使用している血算の単位についてお答えください。

（ 例 白血球数  $\text{O} \times 10^2 / \mu\text{L}$  ）

白血球数（      ）      赤血球数（      ）

血小板数（      ）      網状赤血球（      ）

4. 単位の統一化についてご意見がありましたらお書きください。

[      ]

ご協力ありがとうございました。