〔様式2〕

**担当患者リスト**申請者氏名

* **できるだけ全過程に介入している事例を多く含めて、患者事例15件を記載してください（資格有効期間中のうちおおむね50%以上にわたり、専ら小児の移植例のみのコーディネートを行っている場合ならびに移植施設認定カテゴリー3の診療科のみにおけるコーディネートを行っている場合には、患者事例6件以上）。**
* **全過程の基準は、以下の通り定めております（HCTC認定細則第18条）。**

**「移植適応と判断された段階から介入し、意思決定支援や移植準備の支援(ドナーの準備や患者ニーズへの資源調整など)を行い、移植が実施されるまで。」**

* **規定数以上の記入は不要です。なお、申請受付開始日（2025年2月1日）以降に移植予定（未来日）の事例は申告できません。**

**＊1 全過程介入事例は、○印をつけてください。**

**＊2 HCTCとして介入した患者事例を移植年月日の早いものから最近のものの順番で記載してください。**

**＊3 BM=骨髄; PBSC=末梢血幹細胞; CB=さい帯血**

**＊4 ドナーIDは、血縁ドナーはドナー登録番号、骨髄バンクドナーは骨髄バンクドナーID、さい帯血はさい帯血管理番号を記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **全過程**  **（＊1）** | **患者**  **年齢** | **患者**  **性別** | **疾患名**  **（略称可）** | **移植年月日**  **(\*2)** | **移植ソース**  **BM/PBSC/CB (\*3)** | **ドナーID (\*4)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

〔様式3〕

**担当患者支援報告書** 申請者氏名

* **[様式2]に記載されているうち、全過程介入に至らなかったすべての事例について、具体的なHCTCとしての支援内容を記入してください。**
* **移植に至らなかった、また、移植適応判断後の介入であった場合でも、十分な相談、支援がなされていればカウントとして認めますが、以下に、事例の簡単な紹介および相談内容や行った支援について記載が必要です。**
* **必要に応じて書式を変更していただいて結構です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当リスト事例番号 | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |