
補体関連検査

～ 検査ご依頼に関する運用手順書 ～

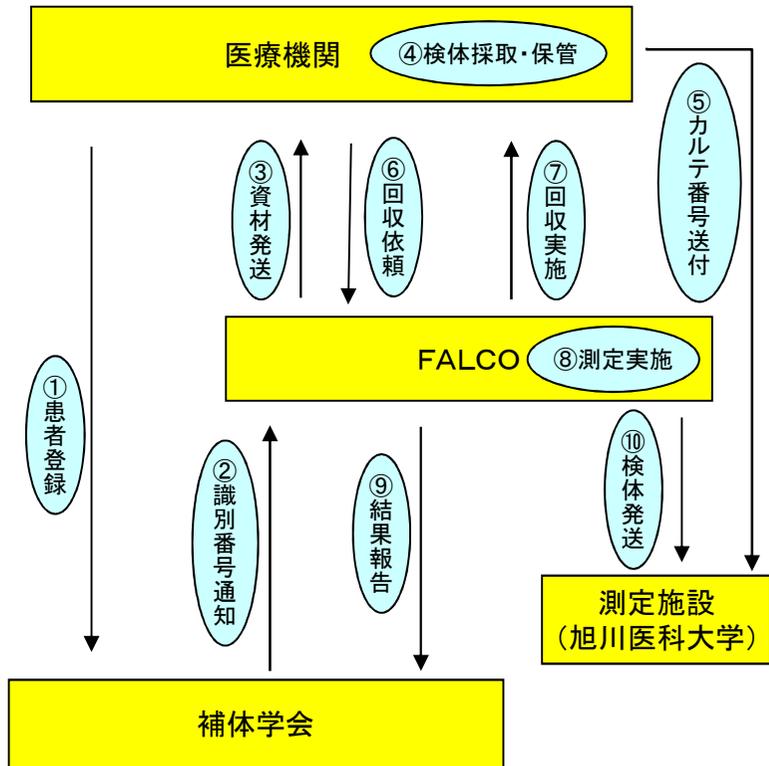
株式会社ファルコバイオシステムズ

2016年10月1日

Ver.4

検査ご依頼に関する運用フロー

業務フロー:



検体回収・検体搬送業務の手順

- ① 医療機関様から補体学会様に患者登録申請。
- ② 補体学会様からFALCOに識別番号を通知。
- ③ FALCOから医療機関様に資材発送。
- ④ 医療機関様での検体採取および検体保管。
- ⑤ 医療機関様にて検査依頼書の2枚目「匿名化番号管理責任者控」を専用封筒で旭川医科大学様へ送付。
- ⑥ 検体回収日決定(事前)
FAX実施者：医療機関様
FAX送信先：0774-46-2655
- ⑦ 検体回収日
[1]検体の準備
[2]補体関連検査専用依頼書の準備
[3]検体回収時の確認事項をチェック
[4]補体関連検査専用依頼書の施設控を返却
- ⑧ 遺伝子検査を実施。
- ⑨ 測定結果報告。
- ⑩ 補体タンパク質測定のため、旭川医科大学様へ検体をFALCOから発送。

連絡先: 株式会社ファルコバイオシステムズ 〒613-0036 京都府久世郡久御山町田井西荒見17-1

TEL :0774-46-2639

FAX:0774-46-2655



検体採取用資材一式

①全血保管用



× 1本

EDTA-2Na採血管
(2mL)

②血漿保管用



× 2本

EDTA-2K
採血管
(2mL)



× 4本

血漿保管用
チューブ
(500μL)

③血清保管用



× 1本

血清分離剤
入り採血管
(4mL)



× 4本

血清保管用
チューブ
(500μL)

④尿保管用



× 各1本

遠心
チューブ
(10mL)



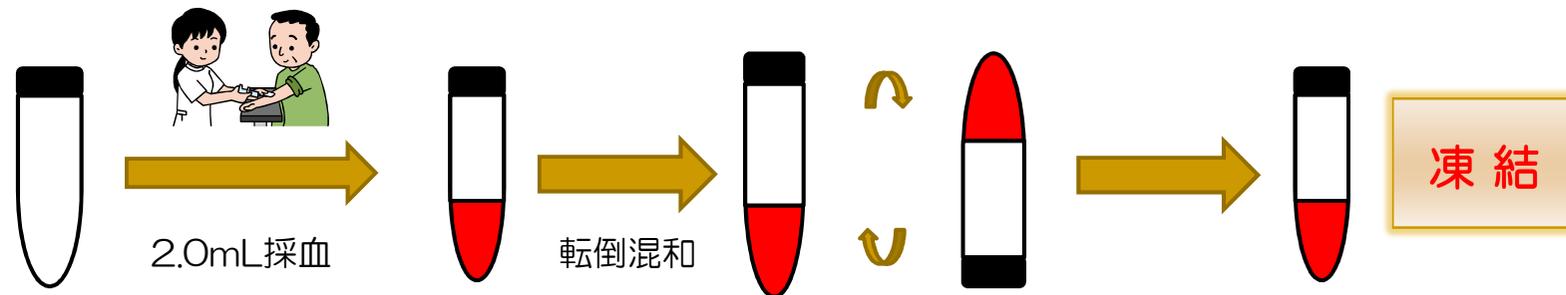
× 4本

尿保管用
チューブ
(1mL)

全血検体採取方法(補体関連遺伝子検査用)

- 全血 (EDTA-2Na採血管)

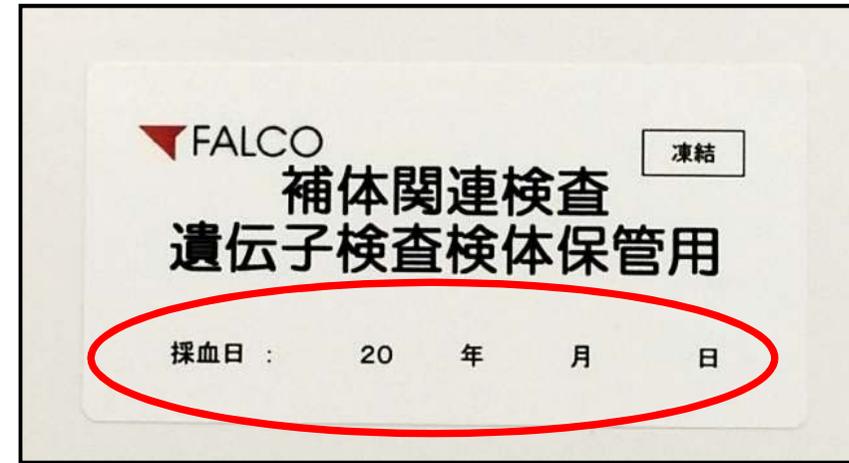
全血検体は下記の条件にてご提出ください。



EDTA-2Na採血管に2.0mLの全血を採血した後、8~10回程、転倒混和してください。その後、検体提出まで凍結(-20℃)状態にて保管してください。



全血検体の保管(補体関連遺伝子検査用)



保管Boxには、**採血日**を記入する。
(※Boxのフタ及び本体の**2箇所**)

予め資材として納品されている**保管Box**に入れ、**凍結 (-20℃)** 状態にて保管する。

尚、検体回収時は、保管Boxの状態を受領致します。

血漿検体採取方法(補体関連タンパク質測定用)

血漿採取

EDTA-2K真空採血管



2mL × 2本採血



8~10回転倒混和の後、
遠心分離 (1,200g, 5~10 min, 室温)



上清を150 μ L (最低量) ~500 μ L (最大量) となるように、同量を分注容器 (4本) に分取



分注後速やかにフリーザー
(-80 $^{\circ}$ C) に保管してください。

血清検体採取方法(補体関連タンパク質測定用)

血清採取

血清分離剤入り真空採血管



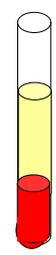
4mL × 1本採血



採血後、5回以上転倒混和のうえ、
30min室温静置後、遠心分離
(1,200g, 10 min, 室温)



上清を150 μ L (最低量) ~500 μ L (最大量) となるように、同量を分注容器 (4本) に分取

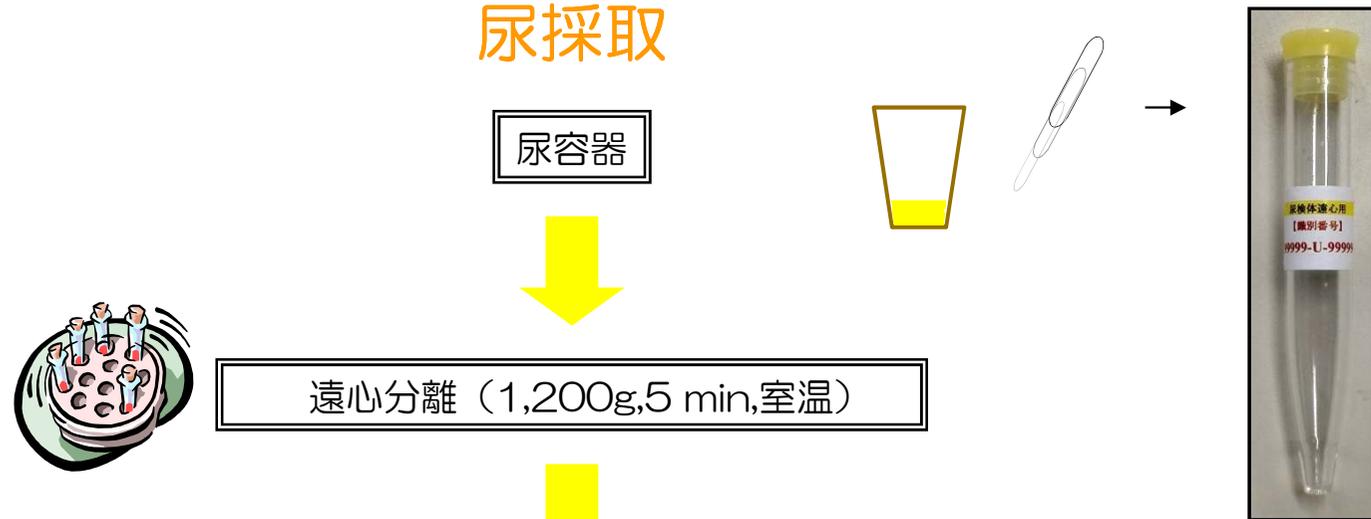


分注後速やかにフリーザー
(-80 $^{\circ}$ C) に保管してください。

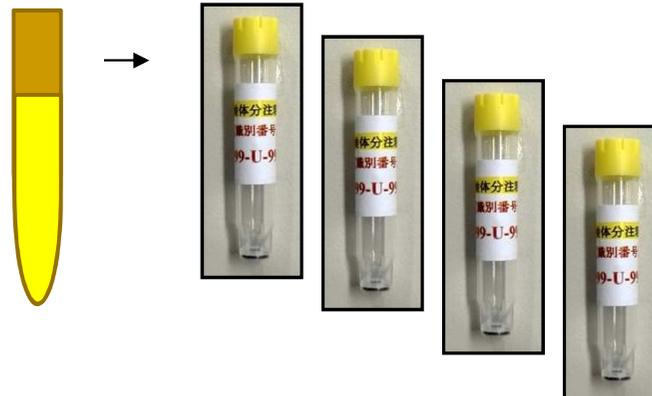


尿検体採取方法(補体関連タンパク質測定用)

尿採取



上清を採取し、同量 (800 μ L) を分注容器 (4本) に分取



分注後速やかにフリーザー
(-80°C) に保管してください。

血漿、血清、尿の保管（補体関連タンパク測定用）



FALCO 補体関連検査		凍結		
タンパク測定検体保管用				
採取日	血清	20	年	月 日
	血漿	20	年	月 日
	尿	20	年	月 日



保管Boxには、**検体採取日**を記入する。
 （※Boxのフタ及び本体の**2箇所**）

予め資材として納品されている保管Boxに入れ、**凍結（-80℃）**状態にて保管する。

尚、検体回収時は、保管Boxの状態を受領致します。

検査依頼書のご記入1

★検査依頼書のご記入箇所

- 担当医氏名
 - 被検者情報
 - 依頼項目（検体本数）
- 以上を必ずご記入ください。

※「医療機関名」、「識別番号」については、予め印字してお届け致します。

- 1枚目 : ご担当医お控え
 2枚目 : 匿名化番号管理責任者お控え
 (旭川医大送付用)
 3枚目以降 : FALCOにご提出

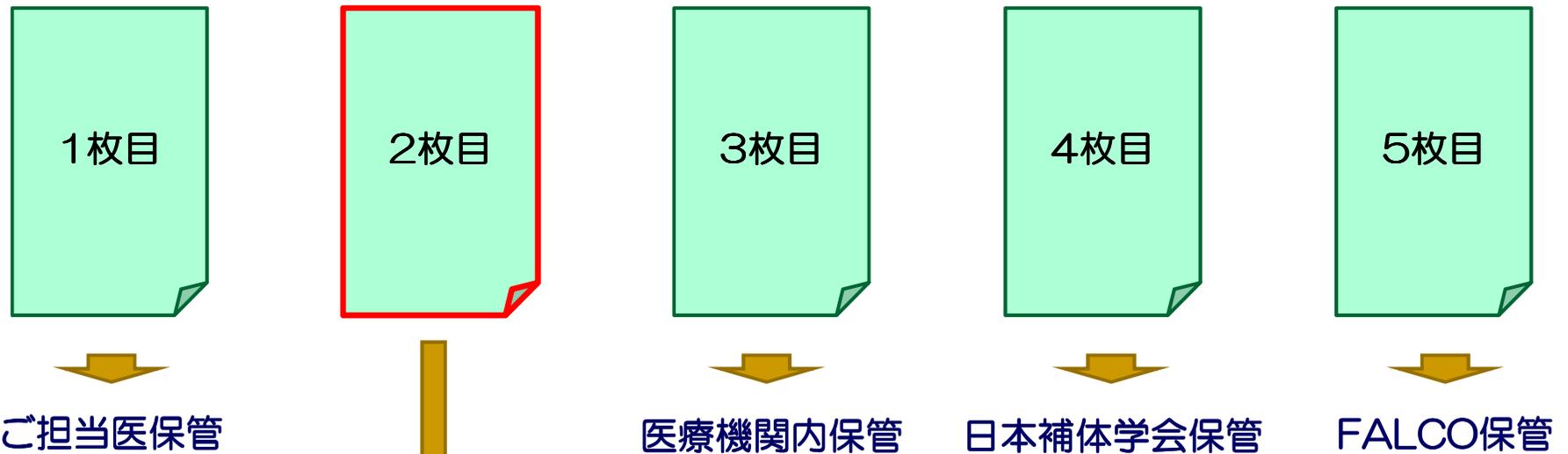


補体関連検査専用依頼書

医療機関 / 担当医		1枚目 ご担当医控え	
医療機関名			
ハヤブサ病院 様			
担当医氏名			
フリガナ			
担当医			
被検者情報			
氏名	様		
カルテID			
生年月日	年 月 日	採取日	年 月 日
年齢	才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
識別番号			
[][][][]	-	[][][][]	[][][][]
[][][][]	-	[][][][]	[][][][]
[][][][]	-	[][][][]	[][][][]
[][][][]	-	[][][][]	[][][][]
[][][][]	-	[][][][]	[][][][]
<small>※赤枠内には、以下の「検体種別アルファベット」をご記入ください。 「N」:全血(遺伝子) 「P」:血漿 「S」:血清 「U」:尿 「 」:その他</small>			
<small>補体関連遺伝子解析に関して、全血以外の検体をご提出の場合は、以下の欄に 検体種別をご記入ください。</small>			
[][][][]	-	[][][][]	(検体種別:)
依頼項目			
<input checked="" type="checkbox"/> 補体関連遺伝子検査 (FALCO実施) <input checked="" type="checkbox"/> 補体関連タンパク測定 (旭川医科大学実施) <small>【測定項目 : Baタンパク、C5b-9タンパク】</small>			
全血	本	血清	本
血漿	本	尿	本
<small>※本依頼書に必要事項をご記入の上、3枚目以降を検体集配担当者へお渡し下さい。</small>			

検査依頼書の運用

★検査依頼書



資材に同封されている封筒を使用して、以下の宛先に検査依頼書の2枚目を送付する。
〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号
国立大学法人 旭川医科大学
微生物学講座

森 健一郎 先生
事務担当：福井 智美 様 宛

検体回収連絡票のご記入方法

検体回収ご希望日の**2営業日前**
午後5時までに、**FAX**にてご連絡
 ください。
FAX : 0774 - 46 - 2655

「発信者欄」および「受渡場所」
 の情報は、予め印字してお届け
 致します。

① **検体回収希望日時**を**第1希望から**
第3希望までご記入ください。

② **検体数**をご記入ください。

③ その他、**特記事項**がございましたら、
 余白にご記入ください



補体関連検査

FAX

補体関連検査検体回収連絡票

(株)ファルコバイオシステムズ
 治験営業クラスタ 行 【宛先】 **FAX : 0774-46-2655**
 (TEL : 0774-46-2639)

補体関連検査の検体を提出します。以下の要領で回収して下さい。

● 発信日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

● 発信者：〇〇病院
 【発信ご担当者】 _____ 様
 TEL : () - - - - - FAX : () - - - - -

《発信者記入欄》 検体回収依頼は、2営業日前の午後5時までにご連絡ください！

● 回収希望日時：
 第1回収希望日： _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
 第2回収希望日： _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
 第3回収希望日： _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
※ 時間は9時間以上の幅を持たせてご記入ください

● 受渡場所： _____

● 検体種別：
 全血 (凍結) : _____ 本
 血漿 (凍結) : _____ 本
 血清 (凍結) : _____ 本
 尿 (凍結) : _____ 本

● その他連絡、指示

《受領者(ファルコ)記入・返信欄》

※上記内容の受付を致しました。

返信日	年 月 日	処理者	
回収日時	それでは (/) にお伺い致します。		

お問い合わせ先

【お問い合わせ先窓口】 **月曜日～金曜日**（土曜日・日曜日及び祝祭日を除く）

月	火	水	木	金	土	日
○	○	○	○	○	×	×

※検体回収のご用命は、検体回収ご希望日の**2営業日前まで**に下記まで**FAX**にてご連絡ください。

（株）ファルコバイオシステムズ（窓口：月～金）
〒613-0036 京都府久世郡久御山町田井西荒見17-1

【連絡先】 バイオメディカル部 遺伝子営業グループ 治験営業クラスター
[TEL: 0774-46-2639](tel:0774-46-2639) [FAX: 0774-46-2655](tel:0774-46-2655)