

供給前に血液製剤の血液型が医療機関へ通知していた血液型と異なることが発覚した事例

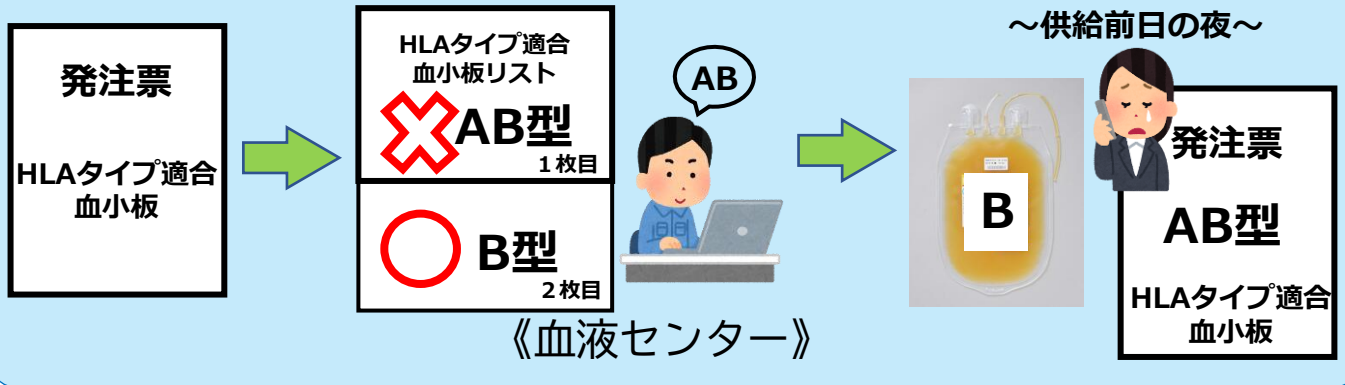
【今回の事例】

医療機関から血液センターへHLAタイプ適合血小板^{*}の発注が入り、担当者が管理部門に調整を依頼した。

管理部門より調整結果リストが2枚綴りでFAXで届いた。1枚目にすでに他の患者用に確保されたAB型の製剤、2枚目に今回確保できたB型の製剤が記載されていた。担当者は、1枚目のみ確認を行い、確保できた製剤はAB型であると勘違いし、医療機関へAB型を納品すると通知してしまった。

供給前日の夜、血液センターへB型の製剤が納品され、発注票と照らし合わせたところ記載の血液型と異なることが発覚し、医療機関へ通知していた**血液型の誤りが発覚した**。

*発覚後、医療機関に連絡し発注票の変更を行い輸血遅延等は発生しませんでした。



【事例から考えるポイント】

- ・ 情報共有時は、必要な情報を明確にわかりやすく伝えましょう！
- ・ 重要項目の確認にはダブルチェックを徹底しましょう！

※ HLA適合血小板はHLAの適合性を優先するので、ABO血液型が異なる製剤が供給される可能性があります。