

搬送のクオリティーに関する追跡調査票

3 cm×3 cm ヒト羊膜 KPUM-

受取り年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

搬送した羊膜のクオリティーコントロールの一環として追跡調査をしています。お手数ですがあてはまる箇所に✓をつけて下記宛てにお送りくださいますようお願い致します。

① 到着時の状態

- | | | |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------|
| (1) 予定した日時に | <input type="checkbox"/> 到着した | <input type="checkbox"/> 到着していない |
| (2) 搬送用の容器に | <input type="checkbox"/> 破損はなかった | <input type="checkbox"/> 破損していた |
| (3) 添付書類に | <input type="checkbox"/> 不備はなかった | <input type="checkbox"/> 不備があった |

② 搬送用容器内のドライアイスの状態

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 十分残っていた | <input type="checkbox"/> 少し残っていた | <input type="checkbox"/> まったく残っていなかった |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|

③ 羊膜保存の状態

- | | | |
|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| (1) 羊膜の入った一時包装容器に | <input type="checkbox"/> 破損はなかった | <input type="checkbox"/> 破損していた |
| (2) 凍結状態が | <input type="checkbox"/> 保たれていた | <input type="checkbox"/> 解凍されていた |

④ その他問題点、コメント等が御座いましたらご記入ください。

記入者： 施設名・所属 _____ 氏名 _____

送付先：〒602-8566 京都市上京区梶井町 465 京都府立医科大学 組織バンク