

先天性血液凝固因子障害

(1) 第I因子(フィブリノゲン)欠乏症 診断書

<氏名> _____ <生年月日> _____ 年 月 日 <年齢> _____

<性別> 男・女 <住所> _____

<発病年月日> _____ 年 月 日 <初診日> _____ 年 月 日 <診断年月日> _____ 年 月 日

<先天性・後天性の別>

先天性 後天性 (※後天性の場合は、本事業の対象外となります。)

<必要な病歴>

1. 家族歴 あり なし

2. 出血症状 あり なし

症状: 鼻出血 皮下出血 歯肉出血 筋肉内血腫 関節出血

頭蓋内出血 血尿 手術後出血 月経過多

創傷治癒遅延 その他 _____

<必要な検査所見>

血漿フィブリノゲン量 _____ mg/dl 減少あり 減少なし

(検査年月日: _____)

<必要な所見>

1. 肝障害、DICを否定できる。 できる できない

2. フィブリノゲンの産生低下をきたす薬剤使用 なし あり

<参考となる検査所見>

1. PT (検査年月日: _____) _____ 秒 正常 延長

2. APTT (検査年月日: _____) _____ 秒 正常 延長

3. フィブリノゲンの遺伝子学的検査 異常あり 異常なし 未施行

(検査年月日: _____)

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

(電話番号: _____ - _____ - _____)

医師の氏名 _____ (記載年月日: _____ 年 月 日)

<審査のための基準>

【必須項目】

- 1) 血漿フィブリノゲン量が正常以下に低下している。
- 2) 血漿フィブリノゲンの低下を来す疾患あるいは低下を来す使用薬剤がない。
- 3) 家族歴を認める。
- 4) 病歴に出血症状あるいは創傷治癒遅延を認める。

【参考項目】

- 1) PTとAPTTは延長することが多い。
- 2) 分子学的異常が証明されれば、診断確定の参考になる。