

2年後（3）

4. 心房細動の有無	: <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	直近発症日	<u>200</u> 年	月	日
5. サリチル酸濃度測定（すでに測定済の場合は不要）						
<input type="checkbox"/> すでに測定済						
<input type="checkbox"/> 未測定 → 試験期間中に、朝食を食べて来院されたときに、抜き打ちで1回測定してください						
<input type="checkbox"/> 今回測定 → 採血日 <u>200</u> 年 月 日						
測定結果 _____ $\mu\text{g/mL}$						

試料等の取扱い(破棄・変更)依頼書

国立循環器病センター 研究所長 殿

私は、貴センターの「The Study on Profile and Genetic factors of Aspirin Resistance (ProGEAR study) アスピリンレジスタンスの実態ならびにその遺伝子背景に関する研究」(主任研究者 宮田敏行) に関して協力することに同意しておりましたが、この度、前回の同意に関して下記のとおり一部変更しますので、対象となる私の試料の取扱い及びそれに付随する全ての情報を適切に処理して頂きますようお願いいたします。

記

- 当該研究中の試料及び情報を全て破棄、削除してください。
- 当該研究終了後の試料及び情報を全て破棄、削除してください。
- 試料は当該研究に関連する他の研究にのみ、使用してください。
- 試料は医学的研究を行うために使用してください。

平成 年 月 日

氏 名 _____
(署名または記名・押印)

(代諾者の場合)

氏 名 _____ (協力者との関係 _____)
(署名または記名・押印)

住 所 _____
電話番号 () _____

(以下は国立循環器病センターが記入します。試料等の廃棄が完了後、本用紙の写しをお送り致します。)
上記のごとく、_____様 (ID番号 _____) から申し出がありましたので、当該研究のために収集した試料の廃棄及びそれに付随する全ての情報の削除等の手続きをお願いします。

研究計画責任者： _____ (署名または記名・押印)

同意の説明を行った医師： _____

上記の個人情報および同意書が無効化されたことを確認しました。

平成 年 月 日

個人情報管理者： _____ (署名または記名・押印)

上記の検体が廃棄されたことを確認しました。

平成 年 月 日

検体管理責任者： _____ (署名または記名・押印)

上記の情報が削除されたことを確認しました。

平成 年 月 日

解析責任者： _____ (署名または記名・押印)

_____様の試料の廃棄およびそれに付随する全ての情報の削除・無効化の手続きが全て完了したことを確認しました。

平成 年 月 日

研究責任者： _____ (署名または記名・押印)

参考資料 この遺伝子解析研究の共同研究機関は以下の通りです

共同研究機関

東京女子医科大学、都立荏原病院、香川大学、名古屋市立大学、川崎医科大学、奈良県立医科大学、国立病院機構福岡東医療センター、中村記念病院、東海大学、帝京大学、大阪大学、国立病院機構嬉野医療センター、財団法人広南会広南病院、自治医科大学、三重大学、熊本大学、日本医科大学、佐渡総合病院、秋田県立脳血管研究所

なお、これらの機関は追加される可能性があります。

この調査研究は、厚生労働省循環器疾患等総合研究事業「抗凝固薬・抗血小板薬の標的およびこれら薬剤を修飾するタンパク質・遺伝子の解析を通じた最適投与量の評価方法の標準化に関する研究」で行うものです。

イベント質問表（1ヶ月）

下記の項目を読んで、はい、いいえのいずれかにチェックを入れて下さい。

研究に参加して頂いた時から今日までの間のことについてお答え下さい。

- 1 話したいのに、急に言葉が出なくなることがありましたか？ いいえ はい
- 2 ろれつがまわらないことがありましたか？ いいえ はい
- 3 人の言うことが、一時的に理解できないことがありましたか？ いいえ はい
- 4 片眼がみえなくなったり、視野の半分が見えなくなることがありましたか？ いいえ はい
- 5 視野の一部が欠けることがありましたか？ いいえ はい
- 6 突然、物が二重に見える状態がしばらく続いたことがありましたか？
具体的には、物が横並びに、あるいは上下に並んで見えることが30秒以上続いたことがありますか？ いいえ はい

「はい」の場合：

片眼を閉じると、その症状は回復しましたか？

いいえ はい

- 7 突然、顔面、腕、脚を含む身体の片側がしびれたり、感覚がなくなることがありましたか？ いいえ はい

「はい」の場合：

しびれが起こるのは腕または脚を同じ位置に長く置いていた時のみでしたか？

いいえ はい

- 8 突然、顔面、腕、脚を含む身体の片側に麻痺または脱力感がありましたか？ いいえ はい
- 9 意識がなくなったことがありましたか？ いいえ はい
- 10 突然、ぐるぐる回るめまい、ふらついて歩けないという症状がおこりましたか？ いいえ はい

（裏面へつづく）

イベント質問表（6ヶ月・1年・1年6ヶ月・2年）

下記の項目を読んで、はい、いいえのいずれかにチェックを入れて下さい。

前回アンケートをとった時から今日までの間のことについてお答え下さい。

- 1 話したいのに、急に言葉が出なくなることがありましたか？ いいえ はい
- 2 ろれつがまわらないことがありましたか？ いいえ はい
- 3 人の言うことが、一時的に理解できないことがありましたか？ いいえ はい
- 4 片眼がみえなくなったり、視野の半分が見えなくなることがありましたか？ いいえ はい
- 5 視野の一部が欠けることがありましたか？ いいえ はい
- 6 突然、物が二重に見える状態がしばらく続いたことがありましたか？
具体的には、物が横並びに、あるいは上下に並んで見えることが30秒以上続いたことがありますか？ いいえ はい
- 「はい」の場合：
片眼を閉じると、その症状は回復しましたか？ いいえ はい
- 7 突然、顔面、腕、脚を含む身体の片側がしびれたり、感覚がなくなることがありましたか？ いいえ はい
- 「はい」の場合：
しびれが起こるのは腕または脚を同じ位置に長く置いていた時のみでしたか？ いいえ はい
- 8 突然、顔面、腕、脚を含む身体の片側に麻痺または脱力感がありましたか？ いいえ はい
- 9 意識がなくなったことがありましたか？ いいえ はい
- 10 突然、ぐるぐる回るめまい、ふらついて歩けないという症状がおこりましたか？ いいえ はい

（裏面へつづく）

薬剤リスト

今日までの2週間以内のことについてお聞きします。下記の各項目についてお答え下さい。

(1) 今日までの2週間以内に、

痛み止め・かぜ薬・解熱剤・リウマチの薬・ぜんそくの薬をのみましたか？

いいえ はい

(2) (1)で、「はい」とお答えしたかたにお聞きします。

・ そのお薬は、普段からよくのんでいますか？

いいえ はい

・ そのお薬の名前がおわかりでしたら、ご記入下さい。 _____ ↓

お薬の名前 ()

痛み止め・かぜ薬・解熱剤・リウマチの薬・喘息の薬の一例

アスピリンを含んだもの

- アルカセルツアー(バイエル薬品・エーザイ)
- エキセドリンA錠、エキセドリンカプセル(ライオン)
- コルゲンコーワ熱と痛み(興和)
- ストナC、ストナW(佐藤)
- バイエルアスピリン(バイエル薬品・エーザイ)
- バファリンA(ライオン)等

非ステロイド系解熱鎮痛消炎剤

- インドメタシン
- ジクロフェナクナトリウム
- フェノプロフェンカルシウム
- イブプロフェン
 - イブ、イブA錠(エスエス)
 - エスタックイブ(エスエス)
 - ストナアイビー(佐藤)
 - ナロンエース(大正)
 - パブロンN(大正)
 - ベンザブロック(武田)
- サリチル酸系の薬剤
 - サリドンA、サリドンエース(日本ロシュ・藤沢)
 - 新セデス錠(塩野義)
 - ストナAE、ストナ解熱(佐藤)
 - ナロン顆粒、ナロン錠(大正)
 - ノーシン、ノーシン「細粒」、ノーシン錠、ノーシン発泡錠、ノーシンホワイト(アクラス)
- ボルタレン
- ロキソニン
- バキソ

抗喘息薬

- 塩酸オザグレル
 - ベガ
- セラトロダスト
 - プロニカ

ProGEAR study
The Study on Profile and Genetic factors
of Aspirin Resistance

アスピリンレジスタンスの実態
ならびにその遺伝子背景に関する研究

各種記入用紙の取り扱い方

1. 同意説明文書
2. 同意書
3. イベント質問表
4. 薬剤リスト
5. 試料等の取り扱い(破棄・変更)依頼書

6. 「健常者における基準範囲設定」アンケート
7. 「アスピリンレジスタンスの実態ならびにその遺伝子背景に関する研究」のための「血小板機能検査の健常者における基準範囲設定」の説明文書
8. 「アスピリンレジスタンスの実態ならびにその遺伝子背景に関する研究」のための「血小板機能検査の健常者における基準範囲設定」への協力に関する同意書
9. 健常者における血小板凝集能測定結果(健常者)記入表

第1版

平成 17 年 12 月より使用開始

ProGEAR study 中央事務局

TEL (06) 6833-5012 (ext.2512) ・ FAX (06) 6835-1176
(会計について) 鄭 (会計以外について) 中井

1・同意説明文書

同意説明の際に、「日付」「説明者の所属・氏名(署名、または記名・押印)」をご記入頂き、患者様または代諾者にお渡し下さい。

2・同意書

説明者により、「説明日」「説明者の所属・氏名(署名、または記名・押印)」をご記入頂き、患者様に、「遺伝子解析結果についての説明を受けるか否かについて、問い合わせを希望するかしないか」「遺伝子解析終了後の試料の取り扱い」について、いずれかの□の中にレ点を付けて頂いた上、「同意を頂いた日」「氏名(署名)」「住所」「電話番号」をご記入頂いて下さい。

代諾者の場合は、「代諾者の氏名(署名)」と「協力者との関係」をご記入頂いて下さい。

同意取得後、同意書のコピーを患者様にお渡しし、原本は各施設で保管して下さい。

3・イベント質問表

1～10番の質問は、「脳血管疾患について」の質問項目になっており、11・12番の質問は、「心血管疾患について」「血栓性疾患について」の質問項目になっておりますので、「症例報告書」の「イベント」の欄を記入する際に、お役立て下さい。

「イベント質問表(1ヵ月後)」と、「イベント質問表(6ヵ月後・1年・1年6ヵ月後・2年後)」は、1～12番の質問内容は全く同じですが、上から2行目の説明文に違いがございます。

「イベント質問表(1ヵ月後)」では、上から2行目が、「研究に参加して頂いた時から今日までの間……」となり、

「イベント質問表(6ヵ月後・1年・1年6ヵ月後・2年後)」では、上から2行目が、「前回アンケートをとった時から今日までの間……」となっております。

匿名化のため、各施設で管理しやすくするために「施設使用欄」を設けました。各施設のご都合で、管理しやすいようにご記入頂き、ご使用下さい。

使用後は回収致しませんが、試験終了まで各施設で保管して下さい。

4・薬剤リスト

血小板機能検査ならびに採血を行う際、
採血前2週間、血小板機能に影響を与える他の薬(アスピリンを含んだもの、NSAIDs)を
服薬していないことをご確認頂く際に、お役立て下さい。

匿名化のため、各施設で管理しやすくするために「施設使用欄」を設けました。
各施設のご都合で、管理しやすいようにご記入頂き、ご使用下さい。

使用後は回収致しませんが、試験終了まで各施設で保管して下さい。

5・試料等の取り扱い(破棄・変更)依頼書

中止理由が、中止基準の1・「患者本人もしくはその代諾者が同意を撤回した」
の場合は、「試料等の取り扱い(破棄・変更)依頼書」をご記入の上、各施設で保管して下さい。

6・「健常者における基準範囲設定」アンケート

「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」の際に、お役立て下さい。
「アンケート」のすべての項目で「いいえ」とお答え頂いた方を、この研究における健常者とし、
「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」の対象になります。

<この研究における健常者とは>

- 1・ 糖尿病と言われたことがない。
- 2・ 高血圧症と言われたことがない。
- 3・ 高脂血症と言われたことがない。
- 4・ 現在、喫煙していない。(禁煙中は可で、除外とはならない。)
- 5・ 2週間以内に、血小板機能に影響を与える薬(アスピリンを
含んだもの、NSAIDs)を服用していない。

「年齢」「性別」をご記入の上、「健常者における血小板凝集能測定結果記入表」にも
お忘れのないようご記入下さい。

匿名化のため、各施設で管理しやすくするために「施設使用欄」を設けました。
各施設のご都合で、管理しやすいようにご記入頂き、ご使用下さい。

使用後のアンケート用紙は回収致しませんが、試験終了まで各施設で保管して下さい。

**7・「アスピリンレジスタンスの実態ならびにその遺伝子背景に関する研究」のための
「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」の説明文書**

同意説明の際に、「日付」「説明者の所属・氏名(署名、または記名・押印)」をご記入頂き、
ご協力者にお渡し下さい。

**8・「アスピリンレジスタンスの実態ならびにその遺伝子背景に関する研究」のための
「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」への協力に
関する同意書**

「アンケート」のすべての項目で「いいえ」とお答え頂いたかたを対象に同意を取得して下さい。
「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」のために、
各施設で20名のご協力をお願いしております。

説明者により、「説明した日付」「説明者の所属・氏名(署名、または記名・押印)」をご記入後、
ご協力者により、「同意した日付」「ご協力者の氏名(署名)」「住所」「電話番号」をご記入
下さい。

同意取得後、同意書のコピーをご協力者に、原本は各施設で保管して下さい。

9・健常者における血小板凝集能測定結果記入表

まず、「施設名」および、「測定機器会社名」と「測定機器名」をご記入下さい。

「血小板機能検査(血小板凝集能)の健常者における基準範囲設定」のために、
各施設で20名のご協力をお願いしております。

測定項目は、末梢血中血小板数・AA・Col です。

20名分の「年齢」「性別」「測定日」「測定結果(末梢血中血小板数・AA・Col)」を
ご記入下さい。

匿名化のため、各施設で管理しやすくするために「施設使用欄」を設けました。
各施設のご都合で、管理しやすいようにご記入頂き、ご使用下さい。

20名分の測定結果をご記入後は、ProGEAR Study 中央事務局まで FAX して下さい。

ProGEAR study 中央事務局 FAX(06)6835-1176

ProGEAR study
The Study on Profile and Genetic factors
of Aspirin Resistance

アスピリンレジスタンスの実態
ならびにその遺伝子背景に関する研究

検体準備マニュアル

第1版

平成 17 年 12 月 より使用開始

ProGEAR study 中央事務局

TEL(06)6833-5012(ext.2512) ・ FAX(06)6835-1176

(会計について) 鄭 (会計以外について) 中井

1. はじめに

このマニュアルは、① 血小板機能検査、② 遺伝子検査、③ 末梢血検査、④ 生化学検査、⑤ 血清TxB₂測定、⑥ 尿中11DTxB₂測定 (⑦ 尿中クレアチニン測定を含む)、⑧ 血中サリチル酸濃度測定についての検体採取時の注意、および測定のための注意等について記載します。

2. 検査項目と採血管の種類および採血量

- ① 血小板機能検査 (血小板凝集能測定) は3.12%もしくは3.13%クエン酸ナトリウム溶液入りのプラスチック製真空採血管を用いて、必ず規定量まで採血してください。(抗凝固剤と全血を1:9の割合で混合する必要のため)
全血 4.5mL 採取用採血管で2本採血してください。
- ② 遺伝子検査はEDTA-2Na 5mL 採血管 (容器はSRLが準備します) を用いてください。
ただし、循環器病センターだけは血小板凝集能検査の残りの検体を使用します。
- ③ 末梢血検査はEDTA入り採血管を用いて採血してください。
- ④ 生化学検査は血清採取用採血管 (分離剤が入っていても入ってなくてもかまいません) を用いて採血してください。
- ⑤ 血清TxB₂測定は血清採取用採血管 (容器はSRLが準備します) を用いて採血してください。
- ⑥ 尿中11DTxB₂測定は来院時の部分尿を採取し、⑦ 尿中クレアチニン測定用として共用してください。
(容器はSRLが準備します)
- ⑧ 血中サリチル酸濃度測定は血清採取用採血管 (容器はSRLが準備します) を用いて採血してください。
- ⑨ ざり応力下血小板血栓形成能測定を循環器病センターでは行いません。

3. 採血・採尿スケジュール

- 同意取得時に採血前2週間、血小板機能に影響を与える他の薬（アスピリンを含んだもの、NSAIDs）を服薬していないことが確認できた場合には、「1ヵ月後」と「同意取得時」の採血・採尿検査（①血小板機能検査、②遺伝子検査、③末梢血検査、④生化学検査、⑤血清TxB₂測定、⑥尿中11DTxB₂測定、⑦尿中クレアチニン測定）を同時に行うことができます。
- 「1ヵ月後」と「同意取得時」の採血・採尿検査を同時に行わないで「1ヵ月後」に①血小板機能検査（血小板凝集能測定）を行う場合と、「6ヵ月後」の①血小板機能検査（血小板凝集能測定）を行う場合に、血小板数を確認するために③末梢血も採血してください。
- ①血小板機能検査（血小板凝集能測定）および⑤血清TxB₂測定、⑥尿中11DTxB₂測定（⑦尿中クレアチニン測定を含む）は、血小板機能に影響を与える他の薬（アスピリンを含んだもの、NSAIDs）を服薬していないことを、薬剤リストを元に問診で確認後、採血・測定してください。
- 一年後には③末梢血検査、④生化学検査の採血・測定をしてください。
- ⑧血中サリチル酸濃度測定はアスピリン服薬のコンプライアンスを確認するため、試験期間中（同意取得時から2年後まで）に、朝食を食べて来院されたときに、抜き打ちで1回単独で測定してください。（①血小板機能検査を行わない時に行ってください。）

共同研究機関用：

検査項目	採血・採尿管種	同意取得時 *	1ヵ月後 *	6ヵ月後	1年後	1年 6ヵ月後	2年後
① 血小板機能	黒長5×2本		9.0	9.0			
② 遺伝子	SRL 準備		5.0				
③ 末梢血	紫血球	2.0	(2.0)	2.0	2.0		
④ 生化学	茶餅8	4.7			4.7		
⑤ 血清TxB ₂	SRL 準備		2.0				
⑥ 尿中11D TxB ₂	SRL 準備		10.0				
⑦ 尿中クレ アチニン							
⑧ 血中サリ チル酸濃 度測定	SRL 準備	朝食済みのときに抜き打ちで1回測定					
総採血量		6.7	18.0	11.0	6.7		

採血・採尿管種および採血量は循環器病センターの例です。

(単位 mL)

循環器病センター用：

検査項目	採血・採尿管種	同意取得時 *	1ヶ月後 *	6ヵ月後	1年後	1年 6ヶ月後	2年後
① 血小板機能	黒長5×2本		9.0	9.0			
② 遺伝子	凝集能検査の残り検体						
③ 末梢血	紫血球	2.0	2.0	2.0	2.0		
④ 生化学	茶餅8	4.7			4.7		
⑤ 血清Tx _{B2}	SRL準備		2.0				
⑥ 尿中11D Tx _{B2}	SRL準備		10.0				
⑦ 尿中クレアチニン							
⑧ 血中サリチル酸濃度測定	SRL準備	朝食済みのときに抜き打ちで1回測定					
⑨ ずり応力下血小板血栓形成能	Falcon tube (アルゴトロバン 50μL入り)		6.0				
総採血量		6.7	19.0	11.0	6.7		

採血・採尿管種および採血量は循環器病センターの例です。

(単位 mL)

4. ① 血小板機能検査（血小板凝集能測定）の採血時の注意点

- 21Gの翼状針あるいは採血ホルダーを用いて静脈から採血してください。（駆血帯使用可）
- 採血管は、3.12%もしくは3.13%クエン酸ナトリウム溶液入りのプラスチック製真空採血管を用い、規定量まで採血してください。（抗凝固剤と全血とを1:9の割合で混合してください。）
全血 4.5mL 採取用採血管で2本採血してください。
- 途中で採血困難となった場合、継ぎ足しは避け、新たな採血管にて採血してください。
- 血小板凝集能用採血管は、必ず2本目以降に採血してください。採血管が1本の場合は、捨て血用の採血管を用意してから採血してください。
- 採血後は、4～5回ゆっくりと転倒混和してください。

5. ① 血小板機能検査（血小板凝集能測定）の測定時の注意点

5-1. 多血小板血漿 (PRP) 調製および測定時間

1. 同時に採血した末梢血で血小板数が 10 万/ μL から 45 万/ μL であることを確認してください。
2. 多血小板血漿は採血後、室温で1時間放置したのち、75G で15分間の遠心分離により得てください。
3. 血小板凝集能測定は採血から3時間以内に行ってください。
4. 血小板凝集能測定は、凝集惹起物質添加後7分間観察し、最大凝集率を測定結果としてください。

5-2. 凝集惹起物質（コラーゲンおよびアラキドン酸）の調整

1) コラーゲン試薬調製法

【試薬名】	コラーゲンリエージェント“ホルム”		
【製造元】	NYCOMED PHARMA GMBH		
【販売元】	モリヤ産業株式会社	TEL: 03(5306)6267,	FAX:03(5306)6268
【キット構成】	コラーゲン試薬 4mLx1本 (馬の腱コラーゲン 1mg/mL)		
	SKF バッファー 10mLx4本		

下記に「KOWA PA-200」もしくは「MCメディカル ヘマトレイサ-801」を用いる場合のコラーゲン試薬調整法を示します。

【調製法】 KOWA PA-200 用

1. コラーゲン試薬原液 100 μL に SKF緩衝液 900 μL を添加し、冷蔵庫で保存します (濃度 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$)。 (1カ月安定)
2. 用時、下記表に基づき 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ コラーゲン試薬にオーレン緩衝液 (別途購入) を添加し、2濃度の溶液 (濃度 10 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 、40 $\mu\text{g}/\text{mL}$) を調製し、凝集惹起物質とします。各々、使用直前に再度攪拌してください。

凝集惹起物質 30 μL + PRP 270 μL で測定時 (KOWA PA-200)

100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ コラーゲン	オーレン緩衝液	濃度	終濃度
100 μL	900 μL	10 $\mu\text{g}/\text{mL}$	1.0 $\mu\text{g}/\text{mL}$
100 μL	150 μL	40 $\mu\text{g}/\text{mL}$	4.0 $\mu\text{g}/\text{mL}$

【調製法】 MCメディカル ヘマトレイサ-801 用

1. コラーゲン試薬原液 100 μL に SKF緩衝液 900 μL を添加し、冷蔵庫で保存します (濃度 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$)。 (1カ月安定)
2. 用時、下記表に基づき 100 $\mu\text{g}/\text{mL}$ コラーゲン試薬にオーレン緩衝液 (別途購入) を

添加し、2 濃度の溶液(濃度 6 µg/mL、24 µg/mL)を調製し、凝集惹起物質とします。
各々、使用直前に再度攪拌してください。

凝集惹起物質 40 µL + PRP 200 µL で測定時 (MC メディカル ヘマトレイサ-801)

100 µg/mL コラーゲン	オーレン緩衝液	濃度	終濃度
100 µL	1,566 µL	6 µg/mL	1.0 µg/mL
100 µL	317 µL	24 µg/mL	4.0 µg/mL

2) アラキドン酸試薬調製法

[試薬名] アラキドン酸ナトリウム塩 (Arachidonic acid sodium salt) 品番 : A 8798

[製造元] シグマ株式会社

[販売元] シグマアルドリッチジャパン株式会社 TEL: 03-5796-7330

[キット構成] アラキドン酸試薬(25 mg/バイアル, FW326.5)。

下記に「KOWA PA-200」もしくは「MC メディカル ヘマトレイサ-801」を用いる場合のアラキドン酸試薬調整法を示します。

[調製法] KOWA PA-200 用

1. アラキドン酸試薬原末 25 mg にオーレン緩衝液 5.0 mL を添加し、良く攪拌します
(濃度 5 mg/mL)。
これをマイクロチューブに 100 µL ずつ分注し、-80 °C (-70 °Cも可) で凍結保存します。
2. 用時、アラキドン酸(濃度 5 mg/mL)100 µL 入りマイクロチューブを融解し、下記表に基づきオーレン緩衝液を添加して 2 濃度の溶液(濃度 3 mg/mL、5 mg/mL)を調整し、凝集惹起物質とします。
アラキドン酸(濃度 5 mg/mL)は原液で使用してください。
各々、使用直前に再度攪拌してください。

凝集惹起物質 30 µL + PRP 270 µL で測定時 (KOWA PA-200)

5 mg/mL アラキドン酸	オーレン緩衝液	濃度	終濃度
100 µL	67 µL	3 mg/mL	0.3 mg/mL
100 µL	0 µL	5 mg/mL	0.5 mg/mL

[調製法] MC メディカル ヘマトレイサ-801 用

1. アラキドン酸試薬原末 25 mg にオーレン緩衝液 5 mL を添加し、良く攪拌します
(濃度 5 mg/mL)。
これをマイクロチューブに 100 µL ずつ分注し、-80 °C (-70 °Cも可) で凍結保存します。
2. 用時、アラキドン酸(濃度 5 mg/mL)100 µL 入りマイクロチューブを融解し、下記表

に基づきオーレン緩衝液を添加して2種濃度の溶液(濃度 1.8 mg/mL、3.0 mg/mL)を調製し、凝集惹起物質とします。
各々、使用直前に再度攪拌してください。

凝集惹起物質 40 μ L + PRP 200 μ L で測定時 (MC メディカル ヘマトレイサ-801)

5 mg/mL アラキドン酸	オーレン緩衝液	濃度	終濃度
100 μ L	180 μ L	1.8 mg/mL	0.3 mg/mL
100 μ L	67 μ L	3.0 mg/mL	0.5 mg/mL

6. ⑤ 血清Tx_B₂、⑥ 尿中 11DTxB₂ (⑦ 尿中クレアチニン測定を含む) 測定のための注意点

6-1. ⑤ 血清Tx_B₂

1. 肘静脈から 2 mL 採血してください。
2. 12×100 mm のガラス管 (容器は SRL が準備します) に移してください。
3. 直ちに 37 °C で 60 分間インキュベーションしてください。
4. 3000 回転で 10 分遠心。上清(血清)を分離し、-70 °C 以下にて保存してください。
5. 定期的に検体を回収します。

6-2. ⑥ 尿中 11DTxB₂ (⑦ 尿中クレアチニン測定を含む)

1. 来院時にハルンカップに部分尿を採取してください。(尿中クレアチニン測定用と共用してください。)
(容器は SRL が準備します)
2. 直ちに -70 °C 以下にて保存してください。
3. 定期的に検体を回収します。
4. 11DTxB₂ とクレアチニンを測定します。

後ほど 11DTxB₂ 値はクレアチニン値で補正します。

クレアチニン換算について

例 : クレアチニン 120 mg/dL、 11DTxB₂ 60 pg/mL の場合

クレアチニン 120 mg/dL を 100 で割り 1.2 mg/mL に直します (分母の単位を合わせます)。

11DTxB₂/クレアチニン=60 pg/1.2 (mgCRE) = 50 pg/ (mgCRE) となります。

7. ② 遺伝子検査の検体準備

遺伝子検査はEDTA-2Na 入り 5mL 採血管（容器はSRLが準備します）を用いてください。

そのまま冷蔵してSRLに渡してください。

血漿分離および保存はSRLが行います。

ただし、循環器病センターだけは血小板凝集能検査の残りの検体を用います。