

通院でG-CSFを投与するドナーの方へ

G-CSFの注射により重篤な副作用が起きることはまれですが、症状によっては、末梢血幹細胞採取後も含めて、担当医にすぐに連絡していただきたい場合がありますので、ご注意ください。

厚生労働科学研究費(移植医療基盤整備研究事業)
(20FF1002)

G-CSF投与時によく起きる症状

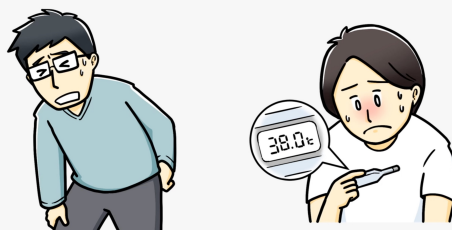


G-CSF投与時によく起きる症状

骨痛

発熱

G-CSF投与時によく起きる症状



骨痛

発熱

特に気を付けてほしい副作用

これらの症状があれば、ご自身で様子を見るのではなく、すぐに担当医へ連絡してください

- | | |
|------------------|---------------------------|
| ① 呼吸が苦しい | ⑦ 注射した場所が強く痛んだり、腫れている |
| ② 胸が強く痛む | ⑧ 気分が悪く全く食事が取れない |
| ③ 39度以上の発熱がある | ⑨ 痛み止めの薬を飲んでも眠れないほどの痛みがある |
| ④ 全身に発疹がある | ⑩ 1日2回以上嘔吐した |
| ⑤ 激しいめまいやふらつきがある | ⑪ 足の指が腫れて、痛む |
| ⑥ 強い倦怠感がある | ⑫ 血が止まりにくい |

呼吸が苦しい



胸が強く痛む



39度以上の発熱がある



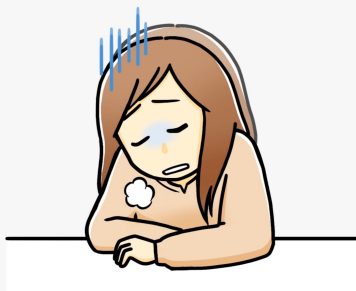
全身に発疹がある



激しいめまいやふらつきがある



強い倦怠感がある



注射した場所が強く痛んだり、腫れている



気分が悪く全く食事が取れない



痛み止めの薬を飲んでも眠れないほどの痛みがある



1日2回以上嘔吐した



足の指が腫れて、痛む



血が止まりにくい



Japanese Society for Transplantation and Cellular Therapy

骨髄・末梢血幹細胞
ドナー手帳

一般社団法人 日本造血・免疫細胞療法学会
公益財団法人 日本 骨 髄 バ ン ク

ドナー手帳(セルフチェックシート)採取前

当てはまる症状があればすぐに連絡してください

症 状	G-CSF 注射投与中		セルフチェックシート				
	9/1(月) / () / ()	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
呼吸が苦しい。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
胸が苦しく痛む。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
39℃以上の発熱がある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
全身に発疹(ほっしん)がある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
胃しいめまいやふらつきがある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
注射した場所が強く痛む、腫(は)れている。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
採血時採血針が刺さらない等の痛み、腫(は)れ、赤腫(あかむ)れがある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
気分が悪く、まったく食事が出ない。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
1日に2回以上嘔吐(おうと)があった。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い

これらの症状や気になる症状があらわれた場合には、担当の医師あるいは看護婦、薬剤師に連絡してください。

ドナー手帳(セルフチェックシート)採取後

当てはまる症状があればすぐに連絡してください

症 状	末梢血幹細胞採取後				セルフチェックシート				
	9/1(月) / () / ()	1週間後	2週間後	3週間後	4週間後	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後
③末梢血幹細胞採取後1ヶ月間の注意 末梢血幹細胞採取から約1ヵ月間は以下のような副作用が 見られる場合があります。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
④末梢血幹細胞採取後1ヶ月間の注意 末梢血幹細胞採取から約1ヵ月間は以下のような副作用が 見られる場合があります。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
呼吸が苦しい。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
胸が苦しく痛む。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
39℃以上の発熱がある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
全身に発疹(ほっしん)がある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
胃しいめまいやふらつきがある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
注射した場所が強く痛む、腫(は)れている。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
採血時採血針が刺さらない等の痛み、腫(は)れ、赤腫(あかむ)れがある。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
気分が悪く、まったく食事が出ない。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い
1日に2回以上嘔吐(おうと)があった。	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> いい <input type="checkbox"/> 悪い

これらの症状や気になる症状があらわれた場合には、担当の医師あるいは看護婦、薬剤師に連絡してください。

制作

大阪公立大学医学部附属病院
血液内科・造血細胞移植科



令和4年度厚生労働科学研究費補助金(移植医療基盤整備研究事業)
適切な末梢血幹細胞採取法の確立及びその効率的な普及による
非血縁者間末梢血幹細胞移植の適切な提供体制構築と
それに伴う移植成績向上に資する研究(20FF1002)