

先天性CMV感染症診断サービスの概要

- ◆ **東大小児科HP**で診断サポート/レジストリを、全国に案内
- ◆ レジストリが目的のため(そして依頼集中を避けるため)、CMV感染症の可能性が高く、かつ先天性と断定できる症例に絞って受け付ける
- ◆ リアルタイムPCR法により新生児尿中CMV-DNAを検出

患者主治医

- ◆ HPから申請書/同意書をダウンロード
- ◆ FAXにて解析事務局へ申し込み

分担研究者施設

- ◆ 施設にて解析できない場合に依頼可能
- ◆ 新生児例に限る(妊婦・胎児は不可)
- ◆ HPから申請書/同意書をダウンロードし、FAXにて申し込み(連絡事項の欄に研究班関連を銘記)

レジストリ事務局 (東大小児科)

- ◆ 患者主治医にレジストリ依頼
- ◆ HPからレジストリ登録用ファイルをダウンロード

解析事務局(名古屋大学)

- ◆ 受諾の可否と、(可の場合)送付方法をFAXで主治医に連絡
- ◆ 検体受領後、7-10日以内に解析、FAXで主治医に結果報告
- ◆ 陽性例をレジストリ事務局に報告

東京大学医学部小児科HP

<http://square.umin.ac.jp/ped/cmvtotox.html>

MENU

トップページ

教授挨拶

スタッフ紹介

診療グループ

患者さんへ

臨床研究について

先天性感染症

患者さん紹介方法

東京大学医学部附属病院 小児科

Department of Pediatrics, University of Tokyo

先天性感染症 (CMV・トキソプラズマ)

先天性CMV感染診断サービス

診断サービス Q&A

先天性感染症患者レジストリ

先天性CMV感染診断のための検査を無償で行います

我が国における先天性CMV感染は1人/300出生と頻度が高いものの、多くは未診断です。実態解明のためには、診断のサポートと感染症児レジストリ（登録制度）の確立が不可欠と考えます。厚生労働省研究班（藤井班）では、先天性CMV感染症の実態把握を目指し、無償でCMV-DNA検出を実施します。

対象となる患者さんの要件: 以下の(A)~(C)を全て満たすこと

- (A) 生後3週以内の尿が採取可能または保存されていること
(保存血液は可、ガスリー紙・保存臍帯は不可)

先天性CMV感染診断のための検査を無償で行います

我が国における先天性CMV感染は1人/300出生と頻度が高いものの、多くは未診断です。実態解明のためには、診断のサポートと感染症児レジストリ（登録制度）の確立が不可欠と考えます。厚生労働省研究班（藤井班）では、先天性CMV感染症の実態把握を目指し、無償でCMV-DNA検出を実施します。

対象となる患者さんの要件: 以下の(A)~(C)を全て満たすこと

(A) 生後3週以内の尿が採取可能または保存されていること

（保存血液は可、ガスリー紙・保存臍帯は不可）

(B) 児の血清CMV-IgG/IgMを測定しており、そのいずれかまたは両方が陽性であること

(C) 以下の(1)~(4)のいずれかを満たすこと。

(1) 頭部画像の異常所見がある

(2) 小頭症（ -1.5 SD以下）

(3) 肝障害（ALT 100 IU/L以上）かつ血小板減少（15万/ μ L 以下）

(4) AABRもしくはABRに異常所見がある

先天性CMV感染症診断サービスの流れ

(1) 申込書と同意書を記載し、申込書をCMV感染症解析事務局(052-744-2974)にFAXで送付してください(申込書、同意書は各施設で保管をお願いします)。申込書、同意書の記載に不備がある例は検査できませんので、ご了承ください。

だ
(2)
送
(3)
※
世
申込書

先天性CMV感染症診断 申込書

●先天性CMV感染症診断 申込書●

氏名 _____

施設名称 _____

FAX番号 _____

電話番号 _____

申込書 了後送付必須です。記載欄のすべてを必ずご記入ください。

申込書 (PDF形式)

同意書

先天性CMV感染症診断 説明・同意書

研究課題「先天性CMV感染症の診断・治療に関する研究 (多施設共同研究)」

目的、本施設での研究の目的、説明書の記載事項について、

1. 2. 3. から同意を述べ、これを十分理解し、またこれら本施設の研究参加者となることをご承諾いただきます。

説明・同意書 (Word形式)

と判断された場合は、
医に結果を報告します。
このサービスに関する
お問い合わせは、先天性
感染症レジストリ事
務局(cmvtoxogroup@umin.ac.jp)ま
で、メールでどうぞ。
※題名を
「先天性感染症問い合
わせ」
としてください。