

ゾーフィゴ®の適応患者さんをご紹介頂く先生方へ

平素当院の運営にご配慮、お引き立てを賜りありがとうございます。

当院へゾーフィゴ®投与の適応患者さんをご紹介頂くに当たり、以下の点をご確認頂きますようお願い致します。

1. 適応症例

別紙初回用チェックシートをご確認頂き、適応と思われる症例をご紹介下さい。

※追加の画像検査をご希望の場合は、まず画像検査用にご紹介をお願い致します。

※※切迫骨折や脊柱管浸潤など含む外照射を要する場合は、別途ご紹介をお願い致します。

その際は恐れ入りますが通院可能な症例に限ります。

2. 当院初回受診時(ご紹介時)

1. の初回用チェックシート、紹介状、直近の血液検査/画像検査結果 (CT, MRI, 骨シンチ等) を患者さんに持参して下さい。

また、生活上の注意・指導がありますので可能な限り同居ご家族の同席をご指示下さるようお願い致します。2回目からの受診はご本人のみでも構いません。

3. 2～6回目の投与日前に

各回の投与日2週間前を目途に当院地域連携室よりチェックシートを送付致します。投与日前1週間以内に貴院で骨髄抑制/その他副作用の有無をご確認頂き、検査値と投与暫定可否を送付されたチェックシートにご記入下さい。チェックシートは投与予定日**前日夕方 17 時までに当院地域連携室宛て (Fax : 022-223-8442)** に Fax して下さい。

投与不可の場合は2週間おいて再検査頂き、再度ご連絡 (Fax) をお願い致します。(2回目以降の場合、前回投与から6週間後 (=再検査時) に回復が見られず、再度「投与不可」と判断された場合はその時点で以降すべての投与が中止となります。)

※投与不可と判断された場合は、患者さんの来院は不要です。

4. 骨髄抑制等、副作用に関する管理、治療のお願い

ゾーフィゴ®の副作用には骨髄抑制、嘔気嘔吐、食欲減退、下痢、疲労などがあります。

当院には泌尿器科がなく、また放射線科が病床を持たないため、原則的にはこれら副作用の管理、治療処置等は主治医の先生方をお願いしております。

なお、緊急などの場合は当院化学・免疫療法チームにて対応も可能です。ご相談下さい。

以上をご了承頂きました上で、当院へのご紹介を頂けますようお願い申し上げます。

仙台厚生病院 放射線科 井上健太郎 三輪弥沙子

ゾーフィゴ静注依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

仙台厚生病院
放射線科 担当医 殿

病院/医院/クリニック

科 医師ご芳名

印

外来通院中

入院中

来院予定 (予約日時)	平成 年 月 日(曜日)	時 分来院
ふりがな		生年月日
患者氏名	男・女	明・大 昭・平 年 月 日
患者住所	〒(-)	電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)
<臨床診断>		
※適応は「去勢抵抗性前立腺癌の骨転移(内臓転移なし)」です。		
<紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方など>		
初回用チェックシート(別紙)の全ての項目が「はい」に該当することをご確認下さい。		
画像検査歴	CT ・ MRI ・ シンチ ・ その他() ※要画像持参	
腫瘍マーカー	PSA()	
直近の血液検査	年 月 日	
・手術歴	無 ・ 有	年 月 部位()
・内分泌療法	無 ・ 有	
・化学療法	無 ・ 有	年 月 日 終了
・放射線治療	無 ・ 有	いつ頃() 部位()
検査に必要な確認事項	※必ず記入して下さい	
	身長	cm, 体重 kg
告知	無 ・ 有	
感染症	無 ・ 有	HB()(-・+) HCV(-・+) STS(-・+) MRSA(-・+) Tbc 排菌(-・+) その他の留意すべき感染症(-・+:)
歩行	可 ・ 不可	(車椅子 ・ ストレッチャー)
認知症	無 ・ 有	
その他留意事項		

代表TEL 022-222-6181

地域連携室 Fax : 022-223-8442

①送信用 FAX 用紙及び紹介元控

ゾーフィゴ静注依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

仙台厚生病院
放射線科 担当医 殿

病院/医院/クリニック

科 医師ご芳名

印

外来通院中

入院中

来院予定 (予約日時)	平成 年 月 日(曜日)	時 分	来院
ふりがな	生年月日		
患者氏名	男・女	明・大 昭・平	年 月 日
患者住所	〒(-)	電話番号(日中連絡の取れる所・携帯)	
<臨床診断>			
※適応は「去勢抵抗性前立腺癌の骨転移(内臓転移なし)」です。			
<紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方など>			
初回用チェックシート(別紙)の全ての項目が「はい」に該当することをご確認下さい。			
画像検査歴	CT ・ MRI ・ シンチ ・ その他() ※要画像持参		
腫瘍マーカー	PSA()		
直近の血液検査	年 月 日		
・手術歴	無・有	年 月	部位()
・内分泌療法	無・有		
・化学療法	無・有	年 月 日	終了
・放射線治療	無・有	いつ頃()	部位()
検査に必要な確認事項 ※必ず記入して下さい			
	身長	cm,	体重 kg
告知	無・有		
感染症	無・有	HB()(-・+) HCV(-・+) STS(-・+) MRSA(-・+) Tbc 排菌(-・+) その他の留意すべき感染症(-・+:)	
歩行	可・不可	(車椅子 ・ ストレッチャー)	
認知症	無・有		
その他留意事項			

代表TEL 022-222-6181

地域連携室 Fax : 022-223-8442

②患者さん持参用

ゾーフィゴ®患者適応判断 チェックシート

初回

ふりがな 患者氏名	生年月日		
記入者	病院・医院 クリニック	科	医師

1. 使用対象: ①~③の3項目とも「はい」の患者が適応となります。

① 骨転移のある去勢抵抗性の前立腺癌である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	本剤の適応は「骨転移のある去勢抵抗性の前立腺癌」です。それ以外の疾患へは適応外となります。他の治療法をご検討下さい。
② 内臓転移がないことが1ヶ月以内の画像検査で確認されている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 内臓転移あり 検査日 種別:CT MRI 骨シンチ その他()	内臓転移のある前立腺癌への有効性および安全性は確立されておりません。
③ 脊髄圧迫、または長幹骨の病的骨折もしくはこれらの切迫状態などの危険状態がないことが1ヶ月以内の画像検査で確認されている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 危険状態あり 検査日 種別:CT MRI 骨シンチ その他()	本剤投与前に適切な処置や患部の固定を行って下さい。

2. 投与基準: 2項目とも「はい」の患者が適応となります。

① 投与前の血球数が以下の基準をすべて満たしている WBC $\geq 1500/\mu\text{l}$ Hb $\geq 10.0\text{g/dl}$ 血小板 $\geq 10\text{万}/\mu\text{l}$ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	本剤により骨髄抑制が悪化する場合があります。左記基準に回復するまで投与を延期し、回復を確認後、ご紹介下さい。
② 血球数異常以外の症状が下記を満たしている。 下痢 グレード2以下 悪心 グレード2以下 嘔吐 グレード2以下 便秘 グレード2以下 その他の症状 グレード3以下 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左記基準に回復するまで投与を延期し、回復を確認後ご紹介ください。

3. 併用薬: 2項目とも「はい」の患者が適応となります。

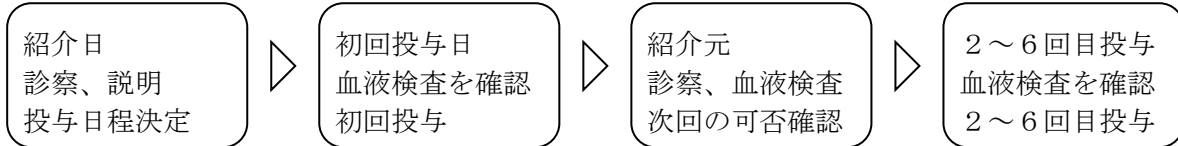
① 骨髄抑制作用を有する抗悪性腫瘍薬の併用がない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	骨髄抑制が悪化する場合があります。これらの薬剤との併用時の安全性は確立されていません。リスク・ベネフィットを十分ご検討の上適応の有無を判断してください。
② (両側精巣摘出術未施行の場合)内科的去勢を目的とした黄体形成放出ホルモン作動薬等の併用がある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	外科的または内科的去勢術と併用しない場合の有効性、安全性は確立されていません。

4. その他の注意点:

① 炎症性病疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎)がない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	本剤の主な排出経路が糞中であるため、症状を悪化させる恐れがあります。リスク・ベネフィットを考慮して慎重に投与して下さい。
② 避妊に関する注意:放射線照射による精子形成への潜在的影響が考えられるため、投与中および投与6ヶ月後までは適切な避妊を行うよう指導して下さい。生殖可能な年齢の患者に投与する場合には、性腺への影響を考慮して下さい。	

③送信用Fax用紙兼患者さん持参用

ゾーフイゴ静注の流れ



受付、問診の時間を考慮しておりますので、この時間に**本館受付**までお越し下さい。

予約日時	平成	年	月	日(曜日)	時	分	受付
------	----	---	---	--------	---	---	----

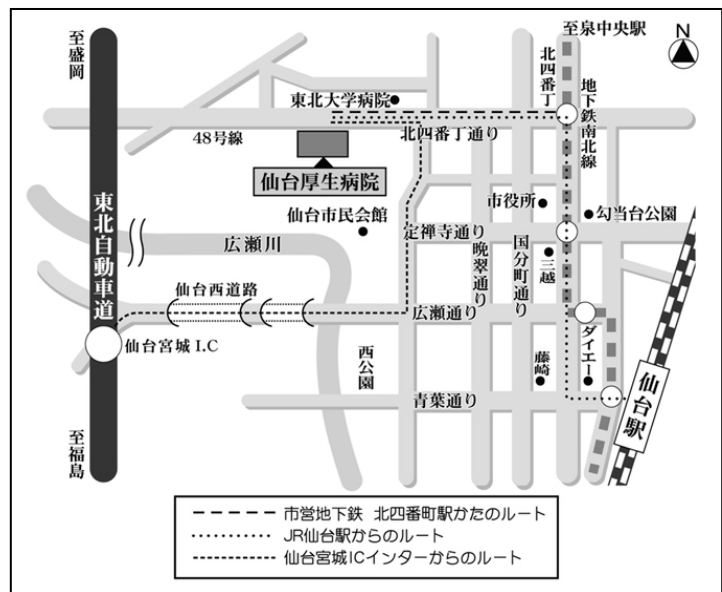
様 ゾーフイゴ静注の注意事項

■ 紹介日ご来院の際にお持ち頂くもの

- ◇健康保険証並びに各種受給者証
- ◇紹介元医療機関からの紹介状および CT、MRI、シンチ等の画像データ
- ◇ゾーフイゴ静注依頼書およびチェックシート(本書)

■ 紹介日ご来院の際のお願い

生活上の注意点の説明がありますので出来るだけ同居のご家族とご一緒に来院をお願い致します。



④患者さん控え用