


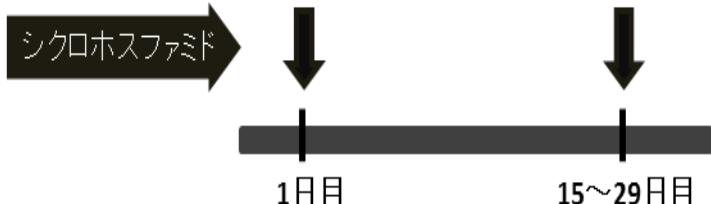
シクロホスファミドに関する説明及び同意書

●あなたの病気・治療法について

シクロホスファミドパルス療法

シクロホスファミドの点滴を2～4週間ごとに繰り返します。

シクロホスファミドパルス療法(スケジュールと方法)

薬剤	方法	治療日(目安)
シクロホスファミド	点滴 	 <p>シクロホスファミド</p> <p>1日目</p> <p>15～29日目</p>

●副作用について

副作用の現れ方、出現頻度には個人差があります。副作用は、薬で予防できるものや、症状を和らげることができるものもありますので、副作用が辛いと感じたときにも担当医にお知らせください。

時として起こる副作用	白血球減少、吐き気、下痢、脱毛
まれにしか起こらないが重い副作用	アナフィラキシーショック、出血性膀胱炎・排尿障害、イレウス、間質性肺炎、心筋障害、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群、中毒性表皮壊死融解症、肝機能障害、急性腎不全、横紋筋融解症

●時として起こる副作用

① 白血球減少

白血球は、細菌から身を守る役割(免疫機能)を担っているため、ある一定以上の数がないと感染症にかかりやすくなります。お薬使用後発熱を認めた場合には、早期に担当医にお知らせください。

② 吐き気

症状の軽いものを含めると、多くの方に現れます。場合によっては吐き気止めを使って、できるだけ吐き気が出ないようにします。

③ 下痢

下痢の回数が増えると脱水症状を引き起こすことがあるので注意が必要です。飲み薬や点滴による治療を行うこともあります。

④ 脱毛

治療開始 2 週間後くらいから髪の毛が抜け始めます。しかし治療が終了して 1~2 か月後には髪の毛が生え始め、6~7か月後には、治療前と同じくらいまで生えそろういます。

●まれにしか起こらないが重い副作用

① アナフィラキシーショック;

極めて稀に、点滴中にショック状態や呼吸困難が出現することがあります。点滴中に痒みが出たり、息苦しくなった場合には、すぐに知らせてください。

② 出血性膀胱炎, 排尿障害:

尿に血液が混ざる、尿の回数が増える、排尿時に痛みがある、尿が残っている感じがする、尿が出にくい、などの症状があらわれた際には、すぐに担当医に知らせてください。

③ イレウス(腸閉塞)

腸管の動きが悪くなり、お腹がはる、著しい便秘、腹痛、吐き気、嘔吐などの症状を来すことがあります。症状出現時にはすぐに担当医に知らせてください。

④ 間質性肺炎

稀ですが重篤な副作用です。階段を上ったり、少し無理をしたりすると息切れがする・息苦しくなる、空咳が出る、発熱などの症状を来した場合には、すぐに担当医に知らせてください。

⑤ 心筋障害

心筋が障害され、心臓の動きが悪くなることがあります。むくみ、胸の痛み、動くときの息切れ、動悸(どうき)などの症状を来した場合には、すぐに担当医に知らせてください。

⑥ 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)

低ナトリウム血症, 低浸透圧血症を来すことがあります。けいれん、意識の低下、頭痛、吐き気、嘔吐、食欲不振などの症状があらわれたら、すぐに担当医に知らせてください。

⑦ 中毒性表皮壊死融解症(TEN)

38℃以上の発熱、目の充血、唇のただれ、のどの痛み、皮膚の広い範囲が赤くなるなどの症状がみられ、その症状が持続したり、急激に悪くなったりします。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行います。

⑧ 肝機能障害, 黄疸

38℃以上の発熱、からだのだるさ、皮膚や白目の黄染、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹痛、発疹、かゆみなどの症状を呈することがあります。定期的な肝機能検査を行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行います。

⑨ 急性腎不全

尿量が減る、ほとんど尿が出ない、一時的に尿量が多くなる、発疹、むくみ、体がだるいなどの症状を呈することがあります。定期的な腎機能検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行います。

⑩ 横紋筋融解症

手足・肩・腰・その他の筋肉が痛む、手足がしびれる、手足に力がはいらない、こわばる、全身がだるい、尿の色が赤褐色になる、などの症状があらわれたら、すぐに担当医にお伝えください。

●その他注意すること

① 血管外漏出

抗がん剤が血管の外に漏れることで組織の障害(炎症・壊死)などをもたらします。点滴中に痛みが出現した時にはすぐにスタッフへ教えてください。また組織の障害は数日経過してから起こることもあります。

上記以外にも様々な稀な副作用が報告されています。適切な治療を行ったにも関わらず、お亡くなりになる方もいらっしゃいます。上記のような症状、または上記以外でもいつもと違う症状が出た場合は、担当医まで連絡してください。

以上について説明をしました。 西暦 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立循環器呼吸器病センター

@USERSECTION 担当医師

上記について担当医から説明を受け、納得しましたので治療を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____

親族又は代理人(配偶者・父母・兄弟姉妹・親権者・保護義務者・法定代理人・その他)

氏名 _____ 続柄 _____