

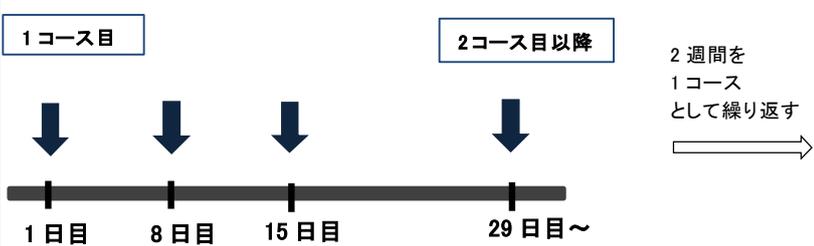
# 抗がん剤治療に関する説明及び同意書

## ●あなたの病気・治療法について

### タルラタマブ療法

タルラタマブの点滴を1コース目は1週間毎に3回、2コース目以降は2週間毎に行います。効果が持続している間、繰り返します。

#### タルラタマブ療法(スケジュールと方法)

方法	薬剤	治療日(目安)
	タルラタマブ	

## ●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。抗がん剤による副作用は、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は担当医にお知らせください。

起こりやすい副作用	サイトカイン放出症候群、神経学的事象、発熱、食欲減退、味覚不全、貧血、だるさ
時として起こる副作用	白血球・血小板減少、便秘、肝機能障害、内分泌障害
まれにしか起こらないが重い副作用	間質性肺炎、

## ●起こりやすい副作用

### ① サイトカイン放出症候群

タルラタマブにより活性化したT細胞から放出されるサイトカインという炎症性物質によって引き起こされます。発熱、倦怠感、吐き気、低血圧、めまい、ふらつき、呼吸困難などが現れることがあります。このような症状が現れたらすぐに担当医にお知らせください。投与初期に起こりやすいため、1コース目の1日目と8日目の投与は必ず入院して行います。

### ② 神経学的事象(免疫エフェクター細胞関連神経毒性症候群を含む)

サイトカインという炎症性物質が中枢神経(脳)に作用することで起こります。力が入らない、言葉が出ない、ふるえ、けいれん、強い眠気、意識レベルの低下などの症状が現れたら、すぐに担当医にお知らせください。

### ③ 発熱

サイトカイン放出症候群や感染症による発熱の可能性がありますので、すぐに担当医にお知らせください。

#### ④ 食欲減退

吐き気、味覚の変化、気分の落ち込みなどが原因で食欲が減退することがあります。無理をせず、食べたいときに食べられるものを食べましょう。

#### ⑤ 味覚不全

味やにおいの感じ方が変わることがあります。そのために食事量が減ってしまった場合、症状に応じた味付けの工夫をすることで食べられるようになります。担当医や栄養士にご相談ください。

#### ⑥ 貧血

酸素を全身に運ぶ赤血球が減少することがあります。貧血が強い場合には、輸血を行うこともあります。

#### ⑦ だるさ

症状の軽いものを含めると、多くの方に現れます。しかし、肺がん自体でも同症状が出現することもあります。

### ●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。投与 7 日から 14 日目に最も低下すると言われていいます。この時期に発熱を認めた場合には、すぐに担当医にお知らせください。

#### ② 血小板減少

血小板は止血に重要な機能を果たしています。血小板の数が極端に低下した時や(2 万未満)、出血がみられる場合などは、血小板輸血を行うことがあります。

#### ③ 便秘

抗がん剤が原因で便秘が起こることがあります。便を柔らかくする薬や腸の動きを促す薬を使って、便通を改善するようにします。

#### ④ 肝機能障害

定期的に血液検査を行います。疲れやすい、体がだるい、食欲がない等の症状が現れることもあります。肝機能障害がひどくなった場合、薬剤投与を中止することもあります。

#### ⑤ 内分泌障害

副腎皮質、甲状腺等のホルモンの異常が起こることがあります。

だるさ、むくみ、脱毛、体重の増加・減少、動悸などの症状が現れることがあります。定期的に血液検査を行います。

### ●まれにしか起こらないが重い副作用

#### ① 間質性肺炎

間質性肺炎(肺臓炎)は、発症した患者さんの半分近くが命をおとす危険な副作用です。風邪のような症状(咳がひどくなる・息切れ・発熱など)が現れたら、担当医に伝えるようにしてください。

### ●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。

抗がん剤治療による様々な副作用は上記以外にも起こること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。

以上がん化学療法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 \_\_\_\_\_