

磐田市立総合病院

プルヴィクト(放射性リガンド療法)適応確認チェックシート

【記入上のお願い】

本チェックシートは、プルヴィクト(放射性リガンド療法)の適応および安全な治療実施の可否を事前に確認するためのものです。紹介状(診療情報提供書)と併せてご記入のうえ、該当する項目を選択してください。

当院では、原則として PSMA-PET 検査で PSMA 陽性が確認され、本チェックシートの受入基準を満たす患者さんを受入検討の対象としております。

なお、本チェックシートの記載内容は紹介時点での評価であり、最終的な治療適応は当院での診察および各種検査結果を踏まえて総合的に判断いたします。

患者氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 疾患・治療歴

☐ 遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺がん(mCRPC)である。

☐ PSMA-PET で PSMA 陽性が確認されている。

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査施設: _____

【主な前治療】(複数選択可)

〔アンドロゲン受容体シグナル阻害薬(ARSI)〕

☐ アビラテロン ☐ エンザルタミド ☐ アパルタミド ☐ ダロルタミド

〔化学療法〕

☐ ドセタキセル ☐ カバジタキセル

【放射性医薬品による治療歴】

☐ Ra-223(ゾーフィゴ)治療歴あり(最終投与時期: _____ 年 _____ 月頃 投与回数 _____ 回)

II. 全身状態・臓器機能

〔Performance Status(PS)〕

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 (※原則 PS 0~1。PS 2 以上は当院で個別判断)

〔全身状態・臓器機能判定〕

☐ 全身状態は安定しており、プルヴィクト治療の継続が可能と判断される。

☐ 骨髄機能は治療可能な範囲に保たれている。

(※直近の血液検査にて: 好中球数 $\geq 1,500 / \mu\text{L}$ 、血小板数 $\geq 150,000 / \mu\text{L}$ 、ヘモグロビン値 $\geq 10.0 \text{ g/dL}$)

☐ 腎機能は治療可能な範囲に保たれている。

(※クレアチニンクリアランス ≥ 30 mL/min [Cockcroft-Gault 式])

☐ 高度な肝機能障害を認めない。

Ⅲ. 生活・自己管理能力

☐ 治療内容および生活上の注意事項を理解し、医療者の指示を実行できる。

☐ 服薬管理、健康管理および排泄管理を含め、日常生活に必要な自己管理が可能である。

☐ 入院中はナースコール等を用いて、必要時に医療者へ連絡・相談ができる。

☐ 排泄動作が自立しており、排泄管理が可能である。

☐ 尿失禁がない、または少量である。(※尿取りパッド 1~2 枚/日以内であれば許容)

☐ 自宅に水洗トイレ等の排泄環境があり、治療後の生活制限に対応可能な生活環境が確保されている。

☐ 排尿管理上必要と判断された場合は、導尿カテーテル留置を含む処置について理解し、協力が得られる。

Ⅳ. 支援体制

☐ 必要時の支援体制(家族等)が確保されている。

☐ 定期的な受診および入院が可能である。

Ⅴ. 治療方針の理解

☐ 当院での総合評価の結果、プルヴィクト治療の適応とならない場合があることを患者・家族に説明し、理解を得ている。

☐ 治療薬の供給状況や病床の受入状況により、治療開始まで待機となる場合があることを患者・家族に説明し、理解を得ている。

☐ 自己都合による治療の延期・中止に伴い、医薬品等の費用負担が生じる場合があることを患者・家族に説明し、理解を得ている。

☐ 放射線安全管理上の理由により、入院期間の延長、所持品の一時保管または廃棄が必要となる場合があることを患者・家族に説明し、理解を得ている。

記 載 日 : _____年_____月_____日

紹介医療機関名: _____

主 治 医 名 : _____