

アベクマ患者紹介用フォーム

アベクマによる治療を検討している患者さんを治療施設へ紹介する際は、あらかじめ本フォームを用いて患者さんの適格性を確認し、治療施設へ送付いただくようお願いいたします。

アベクマによる治療を検討している患者さんの紹介までの流れ

紹介元施設

1

アベクマ患者紹介用フォームの作成

- ・ 適格性を確認
- ・ 本PDFファイルを直接編集
又は
本PDFファイルを印刷し、
手書きで記入*1
- ・ アベクマ患者紹介用フォームを送付*2

3

紹介準備

- ・ 診療情報提供書の送付
- ・ 受診予約

治療施設

2

適格性の確認

- ・ アベクマ患者紹介用フォームを確認
- ・ 適格性確認結果の連絡

*1 PDFに直接入力いただくことも、印刷して手書きで記入いただくことも可能です。

*2 記入後は内容が正しいことを確認してから、治療施設へメール、FAX、郵送等で送付してください。

個人情報の取扱いについては施設のルールに従い、十分に注意してください。

※本フォームは、アベクマによる治療を検討している患者さんを治療施設に紹介する際のフォームの一例です。
※適切な患者選択の詳細は、添付文書、適正使用ガイド及び最適使用推進ガイドラインを参照してください。

アベクマ患者紹介用フォーム 記入方法

アベクマ患者紹介用フォーム① 記入日 20XX年XX月XX日

紹介元施設		治療施設	
施設名	〇〇〇〇病院	施設名	〇〇〇〇病院
医師名	〇〇 〇〇	医師名	
連絡先	メー ル:		〇〇 科
	電話番号: XX-XXXX-XXXX		〇〇 〇〇 先生
	FAX番号: XX-XXXX-XXXX		

患者情報			
氏名(イニシャル)	(姓) Y (名) S	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
身長	XXX cm	体重	XX kg
生年月日(西暦)	19XX年 XX月 XX日	年齢	XX 歳

適格性確認① (以下の項目に該当することを確認してください)

診断名	
<input checked="" type="checkbox"/> 再発又は難治性の多発性骨髄腫	
診断日(西暦)	
20XX年 XX月 XX日	
前治療歴(以下のいずれも満たすことを確認してください)	
<input checked="" type="checkbox"/> BCMA抗原を標的としたキメラ抗原受容体発現T細胞輸注療法の治療歴がない	
<input checked="" type="checkbox"/> 免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗CD38モノクローナル抗体製剤を含む3つ以上の前治療歴を有し、かつ、直近の前治療に対して再発進行が認められた又は治療後に再発した	

適格性確認②(いずれも「いいえ」に該当することを確認してください)

本品の成分(ジメチルスルホキシド(DMSO)を含む)に対する過敏症の既往歴がある患者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	感染症を合併している患者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
ECOG Performance Statusが2~4の患者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	B型肝炎ウイルスキャリアの患者又は既往感染者、HIVの感染者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
中枢神経系(CNS)に骨髄腫病変を有することが認められている患者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	妊婦又は妊娠している可能性のある女性	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
以下に該当する疾患を有する又は既往歴のある患者 形質細胞白血病、フルデンストレム・マクログロブリン血症、POEMS症候群又はアミロイドーシスに伴う重入は臓器障害	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	授乳中の女性	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
同種造血幹細胞移植の治療歴のある患者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	小児等	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

※赤枠部分に該当する場合は、アベクマの治療対象ではありません。判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。
※青枠部分に該当する場合は、アベクマの投与に注意を要するため、判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。
※感染症を合併している場合は、次ページの合併症・既往歴欄に詳細をご記入ください。

*ただし、以下を除く
深部静脈の栄養血管結核菌、皮膚扁平上皮癌、子宮頸部上皮内癌又は乳房上皮内癌が完治した患者、前立腺癌の骨転移(骨転移学的所見(T1a又はT1b))を示したか前立腺癌が根治した患者

1/2

記入日を記入してください。

施設名、医師名、連絡先を記入してください。

患者情報

イニシャル、性別、身長、体重、生年月日、年齢を記入してください。

適格性確認①

各項目に記入し、適応疾患に該当することを確認してください。

適格性確認②

いずれも「いいえ」に該当することを確認してください。
赤枠内にが入る場合はアベクマの治療対象ではありません。
青枠内にが入る場合はアベクマの投与に注意を要するため、フォーム2枚目の自由記載欄に詳細を記入してください。

アベクマ患者紹介用フォーム②

治療歴(初診日から直近の治療までの治療内容、最良治療効果、副作用について記入してください)

	開始時期	治療(レジメン、移植)	最良治療効果	特記すべき副作用
初診日	20XX年XX月XX日			
治療歴	20XX年XX月XX日	〇〇〇	CR	〇〇〇
	20XX年XX月XX日		再発	
	20XX年XX月XX日	〇〇〇	PD	〇〇〇
	20XX年XX月XX日	〇〇〇	PD	
	20XX年XX月XX日	〇〇〇	PD	
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

合併症・既往歴、使用中の薬剤

アベクマ投与に際して注意を要する合併症や既往歴について記入してください。

感染症検査

HCV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検	HIV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
HbC抗体	<input type="checkbox"/> 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検	HBV-DNA	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input checked="" type="checkbox"/> 未検

現在使用中の薬剤について記入してください。

備考

治療歴

初診日から直近の治療までの治療内容(治療レジメン、造血幹細胞移植の種類)、最良治療効果、特記すべき副作用について記入してください。

合併症・既往歴

アベクマ投与に際して注意を要する合併症・既往歴及び感染症検査の結果について記載してください。

使用中の薬剤

白血球アフェレーシス及びリンパ球除去化学療法の実施に際して、ウォッシュアウト期間が必要な治療があります。現在使用中の薬剤について記入してください。

アベクマ患者紹介用フォーム①

記入日 年 月 日

紹介元施設

施設名	
医師名	
連絡先	メー ル：
	電話番号：
	FAX番号：

治療施設

施設名	
医師名	科 先生

患者情報

氏名(イニシャル)	(姓) (名)	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
身長	cm	体重	kg	
生年月日(西暦)	年 月 日	年齢	歳	

適格性確認① (以下の項目に該当することを確認してください)

診断名
<input type="checkbox"/> 再発又は難治性の多発性骨髄腫
診断日(西暦)
年 月 日
前治療歴(以下のいずれも満たすことを確認してください)
<input type="checkbox"/> BCMA抗原を標的としたキメラ抗原受容体発現T細胞輸注療法の治療歴がない
<input type="checkbox"/> 免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗CD38モノクローナル抗体製剤を含む3つ以上の前治療歴を有し、かつ、直近の前治療に対して病勢進行が認められた又は治療後に再発した

適格性確認②(いずれも「いいえ」に該当することを確認してください)

本品の成分(ジメチルスルホキシド[DMSO]を含む)に対する過敏症の既往歴がある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	感染症を合併している患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ECOG Performance Statusが2~4の患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	B型又はC型肝炎ウイルスキャリアの患者又は既往感染者、HIVの感染者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
中枢神経系(CNS)に骨髄腫病変を有することが認められている患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	妊婦又は妊娠している可能性のある女性	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
			授乳中の女性	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下に該当する疾患を有する又は既往歴のある患者 形質細胞白血病、ワルデンストレーム・マクログロブリン血症、POEMS症候群又はアミロイドーシスに伴う重大な臓器障害	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	小児等	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
同種造血幹細胞移植の治療歴のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	※赤枠部分に該当する場合は、アベクマの治療対象ではありません。判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。 ※青枠部分に該当する場合は、アベクマの投与に注意を要するため、判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。 ※感染症を合併している場合は、次ページの合併症・既往歴欄に詳細をご記入ください。		
骨髄腫に加えて他の悪性腫瘍を有し、他の悪性腫瘍が過去3年間に治療を要したか、完全に寛解していない患者*	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			

*ただし、以下を除く

非転移性の皮膚基底細胞癌、皮膚扁平上皮癌、子宮頸部上皮内癌又は乳房上皮内癌が完治した患者、前立腺癌の偶発的組織学的所見(TNM臨床病期分類でT1a又はT1b)を示したか前立腺癌が根治した患者

アベクマ患者紹介用フォーム②

治療歴(初診日から直近の治療までの治療内容、最良治療効果、副作用について記入してください)

	開始時期	治療(レジメン、移植)	最良治療効果	特記すべき副作用
初診日	年 月 日			
治療歴	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

合併症・既往歴、使用中の薬剤

アベクマ投与に際して注意を要する合併症や既往歴について記入してください。

感染症検査

HCV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HIV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検
HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検
HBc抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HBV-DNA	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検

現在使用中の薬剤について記入してください。

備考