



変更になることがあります。このような場合には、担当医の指示に従ってください。

### 合併症(副作用・偶発症)について：

注意が必要な副作用として、「骨髄抑制」があります。

- ・ 貧血（19.3%） ・ 好中球減少（3.9%） ・ 汎血球減少（1.7%）
- ・ 血小板減少（7.4%） ・ 白血球減少（3.2%）
- ・ リンパ球減少（2.0%）

（ ）内は発現頻度

骨髄抑制とは、白血球や血小板、赤血球などをつくっている骨髄の機能が低下して、これらの血液細胞が減少することをいいます。

骨髄抑制の有無や程度は血液検査で確認しますので、治療中は医師の指示に従って定期的に検査を受けてください。

また、その他の副作用（発現頻度 5%以上）として、悪心・下痢・嘔吐・食欲減退といった消化器系の副作用、骨痛、疲労が報告されています。

この他にも、気になる症状やいつもと違う症状がある場合は、担当医に伝えてください。

#### 【ゾーフィゴ静注注射後に注意すること】

ゾーフィゴ静注から出るアルファ線は、患者さんの体内では0.1ミリ未満の範囲にしか影響を及ぼさないため、ご家族など患者さんと接する方々に放射線の影響はほとんどありません。

ただし、ゾーフィゴ静注を注射後1週間くらいは、アルファ線を出す放射性物質のラジウム-223が、血液や便などに微量ですが残る可能性がありますので、患者さんとご家族（介護者）の方々は、以下に紹介する注意点を守ってください。

#### <日常生活での注意>

1. 患者さんが出血した場合の血液は、トイレトペーパーなどで拭き取り、トイレに流す。
2. 患者さんの尿や便に触れる可能性がある場合や、これらで汚れた衣類などにさわるときは、ゴム製の使い捨て手袋をつけてから取り扱う。
3. 患者さんの血液などの体液が手や皮膚に触れた場合は、触れた箇所をすぐに石けんでよく洗う。
4. 性行為は控える。  
(さらに、このお薬での治療中、および治療終了後6ヵ月間は、適切な避妊を行う。)
5. ゾーフィゴ静注の注射後から2~3日間は、患者さんと、子どもさんまたは妊婦さんとの接触は最小限にする。  
(子どもさんを長時間抱っこするなどは避ける。)
6. 患者さんが入浴するときは、その日の最後に入るようにする。入浴後の浴槽は洗剤を使ってブラッシングし、よく洗う。

#### <洗濯物の取扱いに対する注意>

1. 患者さんが着用した衣類などの洗濯は、他の人の衣類とは別にして洗う。
2. 患者さんの血液や尿がついたシーツ類や下着類については、本洗いの前に、予洗いして洗い流しておく。

#### <排便・排尿・嘔吐時の注意>

1. 便座に腰かけて排尿する。
2. トイレの使用後は、トイレの水を2回程度流す。
3. 便器や床面に尿や便がこぼれてしまったら、トイレトペーパーなどできれいに拭き取り、トイレに流す。
4. 排尿や排便後は、石けんでよく手を洗う。
5. 患者さんの排泄物や嘔吐物などが手や皮膚に触れた場合は、すぐに石けんで洗って十分水洗いをする。

#### <オムツ・導尿カテーテルを使っている場合の注意>

1. 患者さんのオムツや導尿カテーテル、蓄尿パックを取り扱う場合は、使い捨て手袋を着用する。（オムツは、ビニール袋に入れて内容物がもれないように封入し、一般ゴミとして処理する。）
2. 尿失禁がありオムツを使用する患者さんは、ビニール製のシーツを使うとよい。
3. 導尿カテーテルで使用する尿パック中の尿は、トイレに捨て、水を2回程度流し、処理後は手をよく洗う。

ゾーフィゴ静注注射後1週間は、上記のような特別な注意が必要であることから、あなたと関わる人々に、あなたがこの薬で治療されていることをお知らせする「放射性医薬品ゾーフィゴ静注投薬お知らせカード」を、治療中は常に携帯するようにしてください。

なお、上述のお知らせカードは「知っておきたい治療のお話と治療中の注意点」という冊子の最後のページに付いています。

#### **他の治療選択肢・代替医療について：**

現在、本治療と同等の治療成績が得られ、確立した他の治療法としては、ドセタキセル、カバジタキセルなどの抗癌剤や、新規抗アンドロゲン剤による治療があります。ご本人の年齢や全身状態や合併疾患、病変の大きさや広がりを考慮して治療法を提示しています。ご希望に沿った治療法を選択して下さい。ご不明な点はご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。

本治療を受けたくないという方がおられるかもしれません。もし治療を受けなければ、おそらく数ヶ月後には何らかの症状が出現してくるものと思われます。痛みなど多くの症状は現在の緩和治療でほとんど取り除くことができると思われますが、時に病的骨折などコントロールできにくい症状を認めることがあります。ただ、症状を緩和する治療は日々進歩しており、つらい症状を抱えたまま日々生活することはまずありません。以上のことを十分理解した上でこの治療を受けてください（中止はいつでも可能です）。

#### **セカンドオピニオン・ご本人の自己決定権について：**

この治療法に同意するかどうかは、患者さんの自由意思に基づいています。同意されないことによって、今後の治療に支障が出たり、ゾーフィゴ静注による治療効果以外の不利益を受けることはありません。また、同意後に希望があ

れば、いつでもこの同意を撤回することができます。

最終的な検査・治療方針の決定は患者さんご本人によってなされ、そのためにセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・治療に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。また治療を開始した後でも、考えが変わった場合にはいつでも同意を取り下げることができます。この場合も、今後の治療や看護などの診療内容に不利益になることはありません。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： \_\_\_\_\_

私は、\_\_\_〇〇〇\_\_\_の目的、方法および危険性について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印（本人との続柄 \_\_\_\_\_）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※本人が署名不能な場合や未成年者の場合には家族等の署名が必要