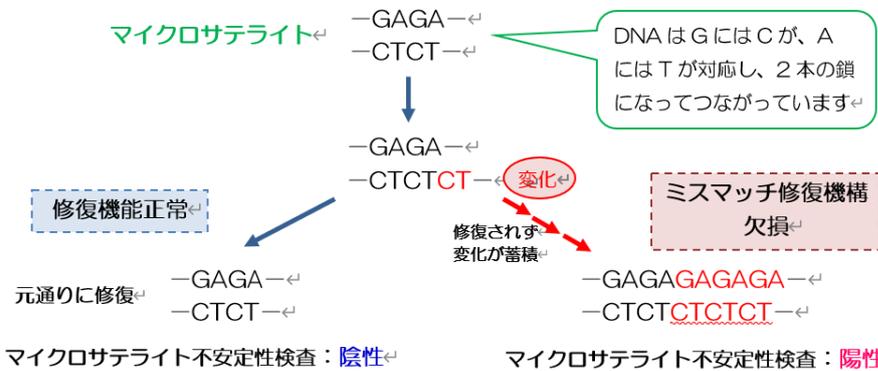




マイクロサテライト不安定性検査

概要・目的：

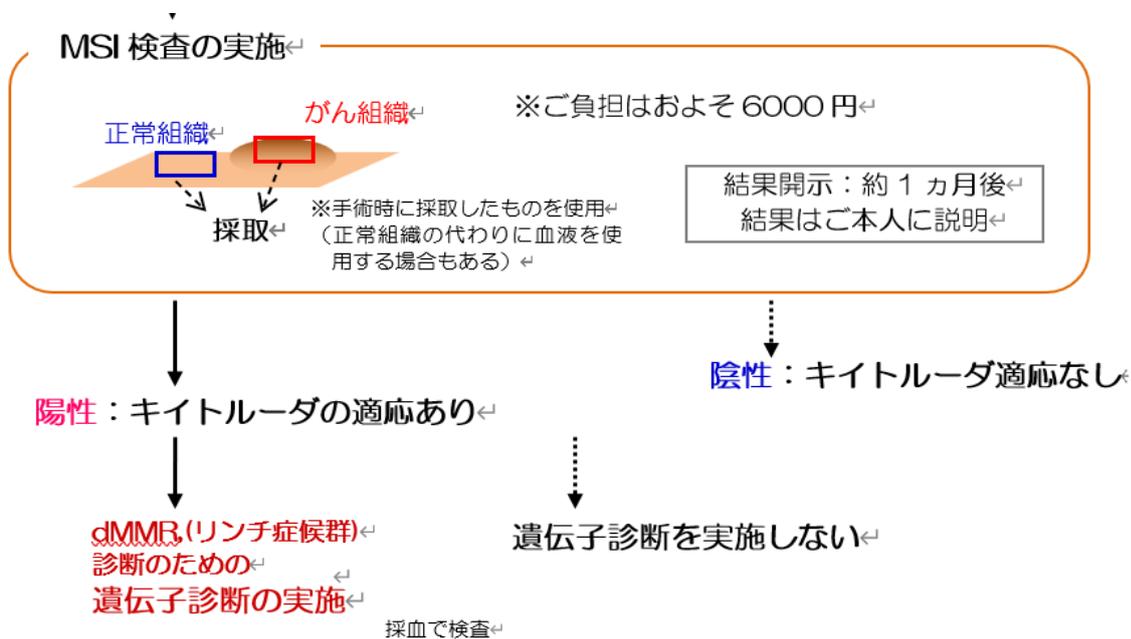


抗 PD-1 抗体ペムブロリズマブ（商品名キイトルーダ）は、がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）へ適応拡大されました。遺伝子を修復する

機構の一種に DNA ミスマッチ修復機構（MMR）が存在しますが、この機構が欠損することを「ミスマッチ修復機構欠損（Mismatch Repair Deficient; dMMR）」と呼びます。

キイトルーダは遺伝子特徴に対する適応を取得したためがん種横断的に使用できるようになりました。この薬をつかうために調べる検査です。

方法：



セカンドオピニオン・ご本人の自己決定権、遺伝子カウンセリングについて：

マイクロサテライト不安定性（MSI）検査は遺伝子疾患の可能性を評価する補助的な検査です。検査結果によっては、リンチ症候群などの遺伝子診断につながる可能性があることを考慮して、検査を受けるかどうかご判断ください。

遺伝カウンセリング

遺伝カウンセリングでは、遺伝性の病気についての情報をお伝えするとともに、検査するかどうかを納得したうえで決定できるようサポートしていきます。ご相談がある場合はいつでもお問い合わせください。

- この説明を聞いて、マイクロサテライト不安定性検査を受けることに同意しない場合でも、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。
- この検査を受けることに同意した後でも、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、今後の診療・治療などに不利益になることはありません。
- わからないことや確認したいこと、相談したいことがあるときは、同意の前後に関わらず、いつでも遠慮なく質問してください。

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、マイクロサテライト不安定性検査の目的、方法および副作用・合併症について、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