

千葉西総合病院 抗 A β 抗体薬(レケンビ/ケサンラ)投与希望 ご紹介時チェックシート

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医: _____ 患者氏名: _____

【投与対象となる患者】

- ☐ 患者本人・家族(介護者)の、有効性・安全性に関する内容も踏まえ、本剤による治療意思を確認している。
- ☐ アルツハイマー病による、軽度認知障害および軽度の認知症を強く疑う。
注意 : 無症候で、アミロイド β 病理を示唆する所見のみが確認できた者、および中等度以降のアルツハイマー病による認知症患者は投与不可。
- ☐ 千葉西総合病院に、2 ないし 4 週間に 1 回 (準備含め約 2 時間/回) 家族の付き添いのもとで通院可能。
- ☐ MRI 検査 (1.5 Tesla 以上) が実施可能である。
例 : 金属を含む医療機器 (MR 装置に対する適合性が確認された製品を除く) を植込み、又は留置した患者等は不可。
- ☐ 定期的に家族付添いのもと MRI 撮像を受けることが可能。(少なくとも治療前、投与 6 ヶ月以内に 3 回)。
- ☐ 認知機能評価検査 MMSE のスコアが 20 点以上 (長谷川式簡易知能検査 18 点以上相当) である。
- ☐ アミロイド PET か脳脊髄液 (CSF) 検査の実施に同意している。
- ☐ 上記の条件を満たしても、他の条件や主治医の判断で適応外となることがあることを承諾している。

【投与の可否を慎重に判断する項目】

- ☐ 1 年以内の一過性脳虚血発作、脳卒中または痙攣の既往がある。
- ☐ 高血圧が持続している。
- ☐ 妊婦(妊娠の可能性)、または授乳婦である。
- ☐ 抗血小板薬・抗凝固薬 を内服している。
- ☐ 他の治験に参加中である。

以上、上記項目を確認してください。ご記入の上、紹介状に添えて下さい。

お問い合わせ : ☎ 047-384-8564 (千葉西総合病院 地域連携室)