



PSMA 標的放射線内用療法を希望される患者様のご紹介前チェックリスト

このたびは当院での PSMA 標的放射線内用療法をご検討いただき、ありがとうございます。

紹介に先立ち、適切な症例選択のために以下のチェックリストのご確認をお願いします。

チェックリスト

- ☐ 患者様の診断が本治療の適応症であることを確認した。
- ☐ 新規アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）を 1 種類以上使用後
 - ・使用薬剤をチェックしてください（複数選択可）。
(☐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)
 - ・またタキサン系抗悪性腫瘍薬の投与歴についても教えてください。
(☐タキサン未治療 ☐ドセタキセル ☐カバジタキセル)
- ☐ 承認された診断的医薬品を用いた PSMA PET 検査で PSMA 陽性遠隔転移病変を認める。
- ☐ eGFR30 未満の高度腎機能低下を認めない。
- ☐ 十分な骨髓機能を有する。
(例：Hb 8.0 g/dl 以上、血小板数 5 万 / μ L 以上、白血球数 2000 / μ L 以上を満たす)
- ☐ 患者様およびご家族に治療内容・副作用等について十分に説明し、同意を得た。
特に入院中は特別措置病室に一人で隔離されることや、自分で生活できること、
尿を容器に保管すること、退院後も周囲の被ばくに注意できることが求められます。
- ☐ 認知機能に不安のないことを確認した。
- ☐ 紹介状、検査データ、画像データ、読影レポートなど必要な書類を準備した。

注意事項

- * 本剤投与中の ADT（アンドロゲン除去療法）や鎮痛剤等の処方ならびに本剤投与期間終了後の経過観察および治療継続につきましては、原則として紹介元のご施設にてご対応いただきますようお願いいたします。あらかじめご了承ください。
- * 治療の適応は診察や検査結果をふまえて医師が総合的に判断します。適応外の判断となる可能性があることにご理解をお願い致します。
- * 本治療に対応した病室が限られるため、本治療の適応がある場合でも、治療開始までお待ちいただくことがあります。