

プルヴィクト治療（PSMA リガンド療法）対象チェックリスト

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 該当する場合は項目の右側に「レ点」でチェックしてください

1. 医学的要因	
① 遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌である。	
② ⁶⁸ Ga による PSMA-PET にて陽性である。	
③ 新規ホルモン剤を 1 剤以上使用後である。	
④ Ccr が 30ml/min 以上である(Cockcroft-Gault 式)。	
2. ADL/認知的要因	
① 尿失禁がないか、ある場合は入院中の尿道カテーテル留置を許容できる。	
② 排泄の処理（尿・便）が自力で可能である。	
③ 杖以外の歩行補助器具を必要としない。	
④ 血圧・酸素飽和度・熱などのバイタルサインを自身で測定可能でそれを看護師に報告できる。	
⑤ 所定の位置に配膳されたお弁当を受け取り、自身で食事が可能で、決められた方法で片付けができる。	
⑥ 内服薬の自己管理ができる。	
⑦ マイク・スピーカーでのコミュニケーションが潤沢に可能である。	
⑧ 認知症の疑いが低く、せん妄になる可能性が低い。	
⑨ 入院中および退院後本治療に関わる注意事項を理解し守ることができる。	
3. 自宅環境的要因	
① 自宅が水洗トイレである。	
② 本人や家族が退院後の注意事項を遵守できる状態・環境である。	
4. 予定外/緊急時の対応環境要因	
① 医学的にやむを得ない場合を除き 6 週間ごとに決められた 1 泊 2 日の入院を 6 回(約 9 か月間)行うことができる。	
② 自身の都合で予定を変更した場合は放射性医薬品の費用を負担することを了承できる。	
③ 輸送の関係で天候などにより入院日が急遽変更になる可能性がありうることを了承できる。	
④ 退院前の放射線技師による線量測定時、尿汚染や便汚染、血液汚染による許容値以上の線量が確認された場合は、指導に従い自身で清拭による処置を線量が低下するまで行う、かつ汚染が高度な場合は、「寝袋」の様なものに入って核医学検査室に搬送され、同室のシャワーにて自力で洗い流していただくことがあるが、これを許容できる。	
⑤ 上記処置にて線量が退院許可できる値より高い場合は、入院期間延長がありうることを許容できる。	
⑥ 転倒など不測の事態の際にも放射線量の関係から検査や処置が限定的になる可能性があることを理解できる。	
⑦ 遠方から来られる場合は何かあった場合に紹介元で診察してするなど、紹介元の協力が得られる。	

■ すべての項目にチェックがあることを確認しました

確認日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____ 医師名： _____

このチェックリストは紹介状（診療情報提供書）と一緒に送付してください