

この用紙は、未成年患者さん(20歳未満)用です。

レブラミド[®]・ポマリスト[®] 治療に関する同意書

投与予定薬剤

レブラミド[®]

ポマリスト[®]

あなたの病気の治療のために、上記選択[✓]薬剤(以下、本剤)が使用されます。本剤を適切に使用して頂くために、レブメイト[®]の内容を理解し、同意される項目に[☑]を記入してください。

※項目によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この同意書は、すべての妊娠する可能性のある未成年女性を対象にしていますのでご了承ください。

- 私は、本剤が「小児等に対する安全性は確立していない(使用経験がない)」ことを理解したうえで、担当医師と相談して治療を始めます。
- 私は、本剤の胎児に対する危険性の説明を受け、了解しました。
- 私は、本剤を女性が服用して妊娠した場合、あるいは妊娠している女性が服用した場合に胎児に障害が現れる可能性があることを理解しました。
- 私は、有効な避妊法の必要性(性交渉を控えるか、又は適切な避妊法の実施)について詳細な説明を受け、了解しました。
- 私は、本剤による治療開始4週間前から治療終了4週間後まで、
 - ①性交渉を控えるか、
 - ②パートナーとともに定められた避妊法を実施する必要がある
 ことを了解しました。これは、私が無月経でも該当します。
- 私は、妊娠反応検査を本剤による治療開始4週間前(必要な場合)、治療開始時(開始3日前から直前)、治療中は4週間を超えない間隔ごと、治療終了時、治療終了4週間後に行う必要があること、同時に避妊状況の確認が行われることを了解しました。
- 私は、本剤による治療中に妊娠の疑いが生じた場合は、直ちに本剤の服用を中止し、主治医に報告します。
- 私は、本剤による治療中(休薬期間を含む)ならびに治療終了4週間後まで授乳を行いません。
- 私は、献血をしません。
- 本剤は、私のみが服用し、第三者に譲渡しません。また、私は、本剤を子供の手の届かない自分専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 私は、本剤による治療中、飲み残した本剤があれば、通院時に担当医師に残薬数を伝えます。
- 私は、使用する予定がない本剤を薬剤部(院内薬局)に返却すること、またその際には返金がないことを了解しました。
- 私は、避妊法の不徹底、また本剤を不適切に扱ったことにより事故が生じた場合には、自身にも責任があることを了解しました。
- 私は、レブメイト[®]から逸脱した場合、その内容によっては本剤の服用の休止、又は本剤での治療が中止される場合があることを了解しました。
- 私は、定期的に実施される「定期確認票」を必ず提出します。
- 私の生年月日、疾患名、患者区分等の情報がブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社に登録されることを承諾します。また、必要に応じて、医療機関登録情報がブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社に提供されることを承諾します。
- 私は、レブメイト[®]担当者がレブメイト[®]の保管記録を確認する際に、私の個人名の記載がある同意書等を見ることがあることを承諾します。その場合、守秘義務があり、他には漏れることがないことを理解します。

同意者 署名 ^(注)	私は、主治医より上記の説明を受け、遵守すべきことを理解しましたので同意します	
	患者署名	同意日 年 月 日
	代諾者署名 (続柄:)	年 月 日

注)代諾者は必ず署名をしてください。また、患者本人が12歳以上の場合は、患者本人も署名をしてください

処方医師名

記入後にコピーをとり、原本を患者さんに渡し、コピーを医療機関で保管してください。