PSMA 放射性リガンド標的治療に関する診療情報提供書

年　　月　　日

《宛先》三重大学医学部附属病院 総合サポートセンター
電話:059-232-1111(代表)，FAX:059-231-5541(直)
腎泌尿器外科　担当医

《紹介元医療機関》 PSMA放射性リガンド標的治療のご依頼には、本診療情報提供書にご記載ください。

医療機関名		診療科	
所在地	〒		
TEL		FAX	
担当医			

【PSMA リガンド標的治療について】

本治療は、**PSMA 陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌(mCRPC)**が対象です。施行にあたっては、PSMA-PET により治療対象病変への集積が確認されていること、ならびに骨髄機能や腎機能など主要臓器機能が保たれており、本治療に耐えうる全身状態であることが必要です。最終的な治療適応については、当院にて必要な診察や検査を行ったうえで判断いたします。

《患者基本情報》

フリガナ		性別	生年月日(西暦) 年　月　日 (　　)歳
氏名		男 ・ 女	
住所	〒		
TEL	(日中連絡がとれる携帯番号等)		
当院受診歴　[□なし ・ □あり　ID:(　　) ・ □不明]			

《受診希望日》(**月・金**でお願いします)

第1希望	年　月　日(　)
第2希望	年　月　日(　)
第3希望	年　月　日(　)

《PSMA-PET検査の実施状況》

□未実施　□実施済み (検査実施施設名:　　、検査日:　年　月　日)

《初診時の状況》可能な範囲でご回答ください。

診断日:　年　月　日	TNM分類: T (　), N (　), M (　)
初診時のPSA:　mg/mL	Gleason score: (　) + (　) = (　)点 年　月　日

《治療歴》

原発巣の治療		
□手術 年　月	□放射線治療 年　月	□その他(　　) 年　月

去勢抵抗性(CRPC)と診断した日
年　月　日

去勢感受性時の治療
□ADT(CAB) □エンザルタミド □アビラテロン □アパルタミド □ダロルタミド □ドセタキセル □その他(　　)

去勢抵抗性獲得後の治療
□エンザルタミド □アビラテロン □アパルタミド □ダロルタミド □ドセタキセル □カバジタキセル □塩化ラジウム □オラパリブ(タラゾパリブ) □ペンブロリズマブ □その他(　　)

直近3回分のPSA値		
年　月　日 ng/ml	年　月　日 ng/ml	年　月　日 ng/ml

直近で実施された検査とその実施日
□CT (　年　月　日) □骨シンチ (　年　月　日) □MR (　年　月　日) □FDG-PET (　年　月　日) ※チェックを付けられた検査結果につきましては可能な限り、受診時にデータをご持参願います。

現在の転移の状況と部位　※所属リンパ節転移は遠隔転移には含まれません。
□リンパ節 (遠隔) □骨 □肺 □肝臓 □その他 (　　)

閉所恐怖症の有無
□あり □なし

その他
(治療経過や既往歴、内服薬などに関しては、ご紹介元に紹介状に詳細にご記載ください。)

お申し込みに関する留意事項

「PSMA 放射性リガンド標的治療に関する診療情報提供書」に必要事項をご記載ください。ご予約の診療科は「腎泌尿器外科」となります。診療日は月・金曜日になりますので、受診希望日をご記載ください。お申込み内容を当院腎泌尿器外科医が確認のうえ、回答させていただきます。

PSMA 放射性リガンド標的治療（プルヴィクト治療）を行う場合は下記の条件を満たす患者さんが対象となります。

- □ **Performance Status（PS） 0–1 であること**
- □ **認知機能に問題がなく、自己管理が可能であること**
  （排尿管理・尿の取り扱い等をご自身で行える方）
- □ **尿失禁がなく、膀胱留置カテーテルを使用していないこと**
- □ **生命予後が概ね 6 か月以上と見込まれること**
- □ **骨髄機能および腎機能が保たれていること**
  （腎機能は eGFR≧30 mL/min を目安とします）
- □ **本治療の開始までに一定の待機期間を要する可能性があること、また状況に応じて化学療法（ドセタキセル等）が先行される場合があることについてご理解いただける方**

※ 最終的な治療適応は、当院における診察および各種検査結果を踏まえて判断いたします。