

ストロンチウム-89 内用療法について

1. はじめに

- ・同送の「ストロンチウム-89 内用療法を安全に施行するために」を記入していただき、診療情報書とあわせて
当院の地域連携室へ Fax にて返信して下さい (FAX 番号 0738-22-2008)
- ・Fax 到着後、診察日を決定し、ご連絡さしあげます。原則、木曜日の午前となります。
(ご都合が悪い場合は、ご相談ください)
- ・診察時に、当院医師により安全な施行が確認できましたら、投与の日程をご本人様(ご家族様)と相談し決定
させていただきます
- ・画像情報として骨シンチが必要です。未施行であれば当院にて施行することとなります
- ・ストロンチウム-89(商品名:メタストロン[®]注)を用いた放射線内用療法は外来にて施行させていただきます

2. 当院受診時にご持参いただくもの

- 診療情報提供書 画像情報(CT/MRI/骨シンチ等にて疼痛部位がわかる画像)
- 血液データ(直近のものコピーで結構です) 健康保険証等

*ストロンチウム-89 による放射線内用療法が適応か診察後、決定させていただきます

3. 投与日

- ・予約時間 15 分前に当院受付へ
- ・投与のための静脈ラインの確保
- ・ストロンチウム-89 の投与
- ・注意事項の説明後、帰宅

4. 治療後

投与後、骨髄抑制の診断・回復の確認のため、原則として投与後3か月間は各週毎の採血をしていただき、骨髄抑制からの回復の確認をお願いします。また当院は、疼痛緩和のスケールリングのため、投与後 4 か月間において月 1 回受診していただきます。診察日は投与日にご相談させていただきます。(採血、受診が困難な場合は、ご相談ください)

5. 再投与について

ストロンチウム-89 の再投与は、前回投与後 3 ヶ月以上が必要です。また、骨髄抑制作用のある抗悪性腫瘍剤(ニトロソウレア類等)を投与した場合は、4週間以上の本剤投与を控える必要があります

6. その他

- ・本剤によるアレルギー反応はありません
- ・治療により転移部の骨折を助長することはありません。しかし痛みが緩和されたことにより負荷をかけた場合は、この限りではありません。ご注意ください

①ストロンチウム-89 内用療法を安全に施行するために

下記の記載をお願いいたします

ふりがな
患者氏名 _____ 生年月日 _____

医師名 _____

○放射線内用療法 初回 ・ 再投与(前回投与日 年 月 日)

○有痛性骨転移がある _____ はい・いいえ

○骨シンチ施行の有無(3ヶ月前から今日までに) _____ はい・いいえ
(無ければ必要時に当院にて施行します)

○血液学的検査値による選択基準 (採血日 年 月 日)

血小板数(/mm³) _____

白血球数(/mm³) _____

好中球数(/mm³) _____

ヘモグロビン(g/dL) _____

血清Ca _____ (ストロンチウム-89 と競合するため)

○化学療法のレジメン, 回数 (無ければ“無し”と記載をお願いします)

○凝固・線溶系検査でDIC疑いは除外され(厚生労働省診断基準において5点以下)急激な血小板減少はみられない _____ はい・いいえ

○腎機能

GFR 推定値又はクレアチニンクリアランス $\geq 30\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ _____

ご協力ありがとうございます。

お手数ですが、以下の FAX 番号に本紙と診療情報提供書をお送りください。

内容を確認後、診察予約等についてご連絡を申し上げます。

FAX 番号:0738-22-2008 地域医療連携室