

# アベクマ患者紹介用フォーム①

記入日	年 月 日
-----	-------

## 紹介元施設

施設名	
医師名	
連絡先	メール: 電話番号: FAX番号:

## 治療施設

施設名	
医師名	診療科名: 医師名: 先生

## 患者情報

氏名(イニシャル)	(姓) (名)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
身長	cm	体重	kg
生年月日(西暦)	年 月 日	年齢	歳

## 適格性確認①(以下の項目に該当することを確認してください)

診断名
<input type="checkbox"/> 再発又は難治性の多発性骨髄腫
診断日(西暦)
年 月 日
前治療歴
<input type="checkbox"/> BCMA抗原を標的としたキメラ抗原受容体発現T細胞輸注療法の治療歴がない
<input type="checkbox"/> 免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗CD38モノクローナル抗体製剤を含む2つ以上の前治療歴を有し、かつ、直近の前治療に対して病勢進行が認められた又は治療後に再発した

## 適格性確認②(A又はBのいずれか該当する項目に☑を入れてください)

本品の成分(ジメチルスルホキシド[DMSO]を含む)に対する過敏症の既往歴がある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ECOG Performance Statusが2~4の患者	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
中枢神経系(CNS)に骨髄腫病変を有することが認められている患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下に該当する疾患を有する又は既往歴のある患者 形質細胞白血病、ワルデンストレーム・マクログロブリン血症、POEMS症候群又はアミロイドーシスに伴う重大な臓器障害	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
同種造血幹細胞移植の治療歴のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
骨髄腫に加えて他の悪性腫瘍を有し、他の悪性腫瘍が過去3年間に治療を要したか、完全に寛解していない患者*	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

感染症を合併している患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B型又はC型肝炎ウイルスキャリアの患者又は既往感染者、HIVの感染者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
妊婦又は妊娠している可能性のある女性	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
授乳中の女性	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
小児等	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※赤枠部分に該当する場合は、アベクマの治療対象ではありません。判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。  
 ※青枠部分に該当する場合は、アベクマの投与に注意を要するため、判断に迷う場合は治療施設の担当医師に相談してください。  
 ※感染症を合併している場合は、次ページの合併症・既往歴欄に詳細をご記入ください。

\*ただし、以下を除く  
 非転移性の皮膚基底細胞癌、皮膚扁平上皮癌、子宮頸部上皮内癌又は乳房上皮内癌が完治した患者、前立腺癌の偶発的組織学的所見(TNM臨床病期分類でT1a又はT1b)を示したか前立腺癌が根治した患者

## アベクマ患者紹介用フォーム②

治療歴(初診日から直近の治療までの治療内容、最良治療効果、副作用について記入してください)

治療歴	開始時期	終了時期	レジメン	終了理由 (副作用の場合特記すべき内容を記載)	最良治療効果	終了時の奏効 奏効判定年月日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日
	年 月 日	年 月 日				奏効: 年 月 日

移植歴有の場合	移植実施日	前処置	実施施設	TRUMP ID
	年 月 日			
	年 月 日			

放射線治療有の場合	開始時期	終了時期	照射部位	合計線量
	年 月 日	年 月 日		

# アベクマ患者紹介用フォーム③

診断時のデータ(未実施の場合:未に☐を記入してください)

項目	検査日	結果 (単位)
Hb	年 月 日 , 未 ☐	( )
Ca	年 月 日 , 未 ☐	( )
Cre	年 月 日 , 未 ☐	( )
Alb	年 月 日 , 未 ☐	( )
LDH	年 月 日 , 未 ☐	( )
血清β2ミクログロブリン	年 月 日 , 未 ☐	( )
血清電気泳動によるMピーク	年 月 日 , 未 ☐	陽性 ☐・陰性 ☐ →陽性の場合、M蛋白濃度: ( )
尿電気泳動によるMピーク	年 月 日 , 未 ☐	陽性 ☐・陰性 ☐ →陽性の場合、24時間M蛋白定量: (mg ☐・g ☐ /24時間 ☐)
血清免疫固定法	年 月 日 , 未 ☐	陽性 ☐・陰性 ☐ →陽性の場合、同定された重鎖および/または軽鎖:
尿免疫固定法	年 月 日 , 未 ☐	陽性 ☐・陰性 ☐ →陽性の場合、同定された重鎖および/または軽鎖:
IgG	年 月 日 , 未 ☐	( )
IgA	年 月 日 , 未 ☐	( )
IgM	年 月 日 , 未 ☐	( )
IgD	年 月 日 , 未 ☐	( )
IgE	年 月 日 , 未 ☐	( )
FLC κ	年 月 日 , 未 ☐	( )
FLC λ	年 月 日 , 未 ☐	( )
24時間尿中総蛋白	年 月 日 , 未 ☐	( )
尿中アルブミン/Cre比	年 月 日 , 未 ☐	( )
尿中蛋白/Cre比	年 月 日 , 未 ☐	( )
末梢血 形質細胞の出現	年 月 日	有 ☐ ( % )・無 ☐ 有の場合:末梢血FCMの実施 →有 ☐・無 ☐ 有の場合:FCMでの腫瘍性形質細胞比率( %)
骨髄FCM 腫瘍性形質細胞比率	年 月 日 , 未 ☐	%
骨髄生検 腫瘍性形質細胞比率	年 月 日 , 未 ☐	%
骨髄生検 CD38免疫染色の有無	年 月 日	有 ☐・無 ☐                      有の場合:陽性 ☐・陰性 ☐
骨髄生検 CD138免疫染色の有無	年 月 日	有 ☐・無 ☐                      有の場合:陽性 ☐・陰性 ☐
核型分析	年 月 日 , 未 ☐	核型の詳細:
FISH	年 月 日 , 未 ☐	t(4;14)                      有 ☐・無 ☐・未検査 ☐
		t(14;16)                      有 ☐・無 ☐・未検査 ☐
		t(11;14)                      有 ☐・無 ☐・未検査 ☐
		del(17p)                      有 ☐・無 ☐・未検査 ☐
		1qの異常                      有 ☐・無 ☐・未検査 ☐ 有の場合、増幅数詳細:
その他検査したFISH:		
FDG PET-CT	年 月 日 , 未 ☐	有の場合結果を添付
髄外腫瘍の有無	年 月 日	有 ☐・無 ☐                      有の場合、部位:

# アベクマ患者紹介用フォーム④

合併症・既往歴、使用中の薬剤（別途診療情報提供書に記載がある場合は省略可）

合併症や既往歴について記入してください。

現在使用中の薬剤について記入してください。

## 感染症検査

HCV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HIV抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検
HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検
HBc抗体	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検	HBV-DNA	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検

備考