

【新樹状細胞ワクチン治療を受けられる患者様へ】

新樹状細胞ワクチン治療は、がん細胞を攻撃するようにほかの細胞に働きかける役割を担う樹状細胞を用いた治療法です。患者様の血液から、目的の細胞を分離し、培養・活性化し体内へ投与します。患者様自身の細胞を用いますのでお体への負担が少ない療法です。

ただし、免疫活性化をしておりますので、軽度ではありますが、副作用が見られる場合があります。一般的にみられる症状としては、**投与部の痒み・腫れ・皮膚の赤み・固くしこりのようになる事**、などがあります。痒み・腫れに関しましては、2～3日間続きます。他にも発熱、嘔気、筋肉痛、倦怠感、白斑などを引き起こすことも報告されておりますが、いずれのものにしましても、症状は軽度であり重い副作用ではありません。

また、ワクチン接種を継続して行う場合は、腫れや皮膚の赤みは増す傾向にあります。これらの副作用は、樹状細胞の投与によって、免疫が活性化している証明でもあり、免疫反応の重要な反応であると考えられます。

【新樹状細胞ワクチン投与を受けてから避けていただく事】

- ①投与患部を強くこすらないでください
- ②投与日に飲酒はおやめください
- ③コーヒーなどカフェインの強いものはお控えください
- ④投与日の入浴はお控えください(シャワー浴程度にしてください)
- ⑤抗がん剤(点滴)の同日投与はご遠慮ください
(中1日以上あけての投与をお勧めいたします)
- ⑥無理な運動および、お疲れになるようなことはお避け下さい

新樹状細胞ワクチン

原本は病院が保管し、写しを本人に交付します

同意書

医療法人社団聖友会

内藤メディカルクリニック院長 殿

- 1 私は、貴院の免疫細胞治療(樹状細胞を用いた)、またはその他の治療を受けるにあたりその療法を理解し、治療方法に同意し、治療の開始を依頼いたします。また、医療方法に関わる諸問題に対しては何ら異議を述べません。
- 2 私は、下記の点について説明を受け了解しました。
 - (1) 投与予定日を延期する場合、予定日の3日前の午前中までに貴院へ連絡をすること
 - (2) 一旦採血したものについては、既に培養を開始しているため、その後治療をキャンセルする場合も費用の返金はないこと
 - (3) 培養の最大延長期間は採血日より約3箇月間であること
- 3 保証人は以上の内容を確認するとともに、本人の治療にかかる費用について保証責任を負うことに同意いたします。

平成 年 月 日

本人 住所

氏名 ⑩

電話 _____

代諾者 (本人の依頼に基づき署名を代行する者)

住所

氏名 ⑩

本人との続柄 電話 _____

保証人 住所

氏名 ⑩

本人との続柄 電話 _____