

樹状細胞療法 承諾・同意書

患者様氏名 _____ 様(男・女) _____ 歳
協林会 大阪がん免疫化学療法クリニック 担当医 _____

私は、樹状細胞療法に関して、下記の説明を受け、十分に理解した上で、上記投与を受けることを承諾し、同意しました。

_____年 _____月 _____日 患者様氏名(ご署名) _____ 印
代諾者様氏名(ご署名) _____ 印(続柄 _____)
住所 〒 _____
電話番号 _____ 緊急連絡先 _____

【樹状細胞療法について】

血液中には、がん細胞や感染症にかかった細胞を認識してリンパ球へ指示を出す樹状細胞(以下 DC)が存在します。DC 療法は患者様ご自身から成分採血装置を使って、血液中の DC を採取して、細胞培養室(患者様の体外)で完全無菌的条件下にて、活性化させてから再び患者様の体内に戻し、がん細胞を排除する免疫能力を増大させる目的で行う治療法です。DC 療法の中には、手術で清潔に採取した患者様ご自身のがん組織や、がん抗原のペプチドを合成したものを利用することもあります。当院の治療は外来治療となります。

【投与について】

DC はエコーなどを使って皮下やリンパ節などの生体のがん組織に注射することにより投与します。

【培養について】

培養は当院のクリーンルームで培養しています。細胞培養室で DC を活性化させる目的で使用する培養液以外に添加する薬剤は全て治療に使用する医薬品として認可されております。DC の培養期間は約 1 週間を要します。

【副作用】

主な副作用としては、微熱です。まれに数日間続く場合がありますが、投与による一過性の発熱であり、鎮痛解熱剤を使用する場合があります。また、局注部位がまれに腫れることがあります。

【緊急時の処置】

治療経過中に予期せぬ事態が発生した場合は、救命を最優先とし、主治医の判断で最善の治療が行われます。

【治療費について】

本治療は保険外診療(自費、消費税込み)となります。治療費は血液成分採血にて血液を採取した日のお支払いとなります。

- * 今回の治療費には、樹状細胞全費用の内、成分採血と 4 回分の樹状細胞の初期培養と凍結までの費用が含まれます。それからの解凍とその後の培養と投与費用は投与日にお支払いいただきます。
- * 樹状細胞療法などの免疫細胞療法は血液成分採血にて血液を採取した時から、初期培養などに費用がかかります。従って血液成分採血を受けた時点から患者様への投与の有無に関らず費用が必要となります。
- * 治療効果よりがんの進行が著しい患者様の場合はすべての投与が完遂できないことも起こりえますが、成分採血直後から全ての培養はスタートしていますので投与できなくなった場合は返金いたしかねます事をご了承ください。
- * 投与予定日決定後の後期培養を開始した場合(凍結していた細胞を解凍した場合も含む)、細胞の最適日は限られていますので、投与予定日の変更をすると効果は低下しますので、変更はいたしかねます。
- * 内視鏡や血管内治療、胸腔・腹腔内投与などの特殊な方法での投与の場合には、別途費用の負担が発生する場合があります。

【免疫療法の選択について】

樹状細胞療法は免疫療法です。免疫療法は全ての患者様のがんにも有効な治療ではありません。従来の治療法(外科手術・放射線・抗がん剤による化学療法)もよく検討した上で、免疫療法を選択する場合は、本治療を受けることに同意してください。