

γ δ リンパ球療法 承諾・同意書

患者様氏名 _____ 様(男・女) 生年月日 _____ 年 月 日
医療法人協林会 大阪がん免疫化学療法クリニック 担当医 _____

私は、γ δ リンパ球療法に関して、下記の説明を受け、十分に理解したうえで、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 _____

《γ δ リンパ球療法について》

血液中には、がん細胞や感染症にかかった細胞を退治する免疫能力のあるγ δ リンパ球が存在します。γ δ リンパ球療法は患者様ご自身から血液を採血し、その血液中のγ δ リンパ球を細胞培養室(患者様の体外)で完全無菌的条件下にて、元の数の数百倍～千倍にまで増殖させてから再び患者様の血中に戻し、患者様が本来持っている免疫能力を増大させる目的で行う治療法です。当院の治療は外来治療となります。

《投与について》

γ δ リンパ球を患者様の体に戻す方法は、点滴による全身投与となります。

《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γ δ リンパ球を増殖させる目的で使用する培養液以外に添加する薬剤はすべて治療に使用する医薬品として認可されております。γ δ リンパ球の培養期間は約2～3週間を要します。また、増える速さや量については患者様によって個人差がありますのでご了承ください。

《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。

《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(自費と消費税)となります。治療費は血液を採取した日のお支払いとなります。

- * γ δ リンパ球などの免疫細胞療法は血液を採取した時から、培養などに費用がかかります。従って血液を採取した時点から患者様への投与の有無に関わ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投与ができない場合も起こりえますが、以上の理由から何らかの事情で投与できなくなった場合、投与予定日より7日前まで(投与日含まず)のキャンセルは、一部を返金致します。それ以降のキャンセルの場合は返金致しかねます事をご了承ください。

《免疫療法の選択》

γ δ リンパ球療法は免疫療法です。免疫療法はすべて患者様のがんに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・抗がん剤療法)もよく検討したうえで、免疫療法を選択し、本治療を受けることに同意して下さい。