**LOMCAD試験事前チェックシート**

(主治医⇒事務局)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　整理番号（事務局で記載します）

|  |
| --- |
|  |

記載日：　　　　年　　　　月　　　　日

貴施設名・診療科名・主治医名

|  |
| --- |
|  |

連絡先：貴施設住所・電話番号・主治医E-mail

|  |
| --- |
| 〒  TEL: E-mail: |

試験参加を希望される患者さんのチェック項目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 記入もしくは選択 | 備考 |
| 年齢・性別 | 歳・　□男性　　□女性 | 20歳未満、または70歳以上の方は参加できません。 |
| CADASILの遺伝子診断がされているか | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は、追って遺伝子検査結果の写しなどをお願いすることがあります。「いいえ」の場合は遺伝子検査のご相談をさせていただくことがあります。 |
| **(A)最も最近の脳虚血イベント発症日** | 年　　月　　日  脳虚血イベントのタイプ  □①　□② □③ | 脳虚血イベントとは、**①症候性脳梗塞、②一過性脳虚血発作、③DWIでの無症候性の急性期虚血病巣の検出**、のいずれかです。 |
| **(B)上記(A)の１回前の脳虚血イベント発症日** | 年　　月　　日  脳虚血イベントのタイプ  □①　□② □③ |
| ロメリジン塩酸塩を1年以内に1ヶ月以上継続して内服していた | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| ロメリジン塩酸塩の過敏症の既往歴がある | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| 症候性頭蓋内出血の既往がある | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| アセタゾラミドを服用しており中止できない | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| 抗血小板剤と抗凝固剤を併用、または２剤以上の抗血小板剤を内服している＊ | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できませんが、減薬可能な場合は参加できる可能性があります。 |
| ＊本試験で想定している抗血小板薬、抗凝固薬は以下です。  抗血小板薬：アスピリン、クロピドグレル、プラスグレル、シロスタゾール  抗凝固薬：ワルファリン、ダビガトラン、アピキサバン、リバーロキサバン、エドキサバン  その他抗血栓薬として懸念される薬剤がある場合は具体的に記載してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 重篤な肝機能障害がある | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| （女性のみ）妊娠中であるもしくは授乳中である | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| modified Rankin Scale (mRS) の値 | □0 □1 □2 □3  □4 □5 | 4以上の場合は参加できません。 |
| 頭部MRI検査を受けられない（閉所恐怖症・体内金属など） | □はい　　　　□いいえ | 「はい」の場合は参加できません。 |
| 現在、他の臨床試験に参加している | □はい（終了予定日: ）  □いいえ | 「はい」の場合は、終了後にご連絡ください。 |
| 希望する試験実施医療機関（受診施設） | 第１希望  （　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第２希望  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 第１希望のみでも可能です。 |

ご記入ありがとうございました。lomcad@koto.kpu-m.ac.jpまでメールでお送りください。

確認次第返信いたします。