

【ペミガチニブチェックシート】

試験薬名	ペミガチニブ／ペマジール錠
症例登録にあたっての留意事項	<p>当該試験薬申請時には、次の事項を満たしているか、必ず確認してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 18歳以上である(本コホートには18歳未満は登録不可)。</li><li><input type="checkbox"/> 眼科診察の結果、角膜障害(水疱性/帯状角膜症、角膜剥離、角膜炎、角結膜炎等)や網膜障害(中心性網膜症、黄斑/網膜変性症、糖尿病性網膜症、網膜剥離等)の合併がない。</li></ul> <p>また、血中のリン、カルシウム、ビタミンDを測定してください。</p>

なお、投与開始後に眼障害が出た場合、通院中は当院の眼科でフォローいたしますが、終了後は紹介元病院でフォローいただくことになります。