

## 医療関係者の皆さまへ

この患者さんはエンハーツによる治療を受けています。

エンハーツによる治療中に**間質性肺疾患**があらわれることがあり、**死亡に至った症例も報告**されています。

患者さんに間質性肺疾患を疑う症状\*がみられた場合は、**エンハーツによる治療を受けている医療機関にご連絡**いただきますよう、お願いいたします。

\* 息切れ、空咳、発熱、SpO<sub>2</sub>測定値低下等

第一三共株式会社

診察券番号

主治医名

診療科名

以下はご自身でご記入ください。

RMP

## エンハーツ患者携帯カード

抗悪性腫瘍剤 エンハーツによる治療を受けています  
連絡先

医療機関名・電話番号

医療機関名、医療機関の電話番号等について医療機関に押印いただくか、ご自身でご記入してください。

## エンハーツによる治療を受けている患者さんへ

- このカードを財布などに入れて常に携帯してください
- 他の医療機関や薬局にかかる時には、医師、看護師、または薬剤師に必ずこのカードの「医療関係者の皆さまへ」の面を見せてください

以下のような症状があらわれたり、悪化したり、続く場合は、**速やかに**エンハーツによる治療を受けている病院に連絡してください。

- 息切れ
- 咳（特に空咳：痰の出ない咳）
- 発熱
- パルスオキシメータ測定値の低下

このカードに記載されている連絡先に連絡する際は、以下のことを伝えられるよう準備しておきましょう

- 診察券番号
- がんの治療を受けている診療科、主治医の名前
- 治療薬の名前（エンハーツ）
- いつから、どのような症状がでているのか（息切れ、咳、発熱、パルスオキシメータ測定値の低下等）
- 症状がでたら、主治医からすぐに病院に連絡するよう指導されていること