

(レコルダティ・レア・ディーズ・ジャパン株式会社への提出は不要です)

## エジャイモ®投与にあたっての同意書

以下の項目を確認していただき、☐にチェックを入れてください：

- ☐ 私は、「エジャイモ®による治療を始める寒冷凝集素症患者さんへ」「エジャイモ®患者安全性カード」を受け取り、その内容を理解しました。
- ☐ 私は、エジャイモ®の製造販売業者のレコルダティ・レア・ディーズ・ジャパン株式会社が、本剤の適切な流通管理の実施を当局から求められているため、私（患者様ご本人）のイニシャル、生年月日、年齢の情報を取り扱う必要があることを理解しました。なお、レコルダティ・レア・ディーズ・ジャパン株式会社は、私の名前や住所などの個人を特定する情報は取得しないため、私のプライバシーは守られることも理解しました。
- ☐ 私は担当医師または医療従事者に、エジャイモ®の使用に関する重要な安全性情報及び患者である私のデータの取扱いに関して質問をする機会をもちました。
- ☐ 私は、髄膜炎菌感染症・重篤な感染症が疑われる場合の緊急時受診可能医療機関として、医師と相談の上、「エジャイモ®患者安全性カード」に以下のとおり記載しました。

病院名： \_\_\_\_\_

連絡先医師名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

以上、ご確認の上、同意していただけたら、署名をお願いいたします：

署名欄 [ ☐患者様ご本人 ☐ご家族（又は介護者） ]：

署名年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様ご本人のお名前

[署名欄がご家族（又は介護者）の場合にご記入ください]： \_\_\_\_\_

医師記入欄

私は、「エジャイモ®投与にあたっての同意書」「エジャイモ®による治療を始める寒冷凝集素症患者さんへ」「エジャイモ®患者安全性カード」の内容と患者様データの取扱いについて患者様に説明し、全ての質問に答え、患者様と一緒に「患者安全性カード」に全ての重要情報を記入し、同意を得ました。

病院名： \_\_\_\_\_

医師署名欄： \_\_\_\_\_

署名年月日：  年  月  日