

Stivarga®





私はスチパーカ錠<sup>®</sup>を服用しています。  
私の体調がすぐれず、話が出来ないようでしたら  
救急隊員にこのカードをお渡しください。

電話

住所

氏名

## 緊急連絡先カード

### ●治療を受けている医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

担 当 医 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

### ●緊急連絡先(家族など)

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

# 救急隊員および救急外来担当の先生へ

このカードを携帯している患者さんは、抗悪性腫瘍剤 **スチバーガ<sup>®</sup>錠** による治療を受けています。緊急対応が必要な副作用として、まれに次のような症状が発現することがあります。症状がみられた場合には、適切な医療機関での処置と担当医への連絡をお願いします。

## ●緊急対応を要する副作用と初期症状

- ・肝機能障害…………… 黄疸・発熱・倦怠感、食欲不振
- ・消化管出血…………… 吐血・下血
- ・脳出血…………… 突発性の意識障害、神経症状・頭痛
- ・可逆性後白質脳症…………… 血圧が最大180mmHg、  
最低120mmHg以上  
痙攣、頭痛、意識障害、視力障害
- ・消化管穿孔…………… 突然起こる強い腹痛、吐き気、嘔吐
- ・血栓塞栓症…………… 胸痛(狭心痛)、手足の麻痺・しびれ
- ・中毒性表皮壊死融解症(TEN)、  
皮膚粘膜眼症候群(SJS)…………… 発熱、まぶた/眼の充血、結膜のただれ  
ひどい口内炎、口唇部のただれ

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_ 型

アレルギー \_\_\_\_\_

服 用 薬 スチバーガ<sup>®</sup>錠、 \_\_\_\_\_