

主治医への連絡をお願いします

主治医名

電話

医療機関名

「日医工」BS「バシズマブ」の治療を受けている医療機関



「日医工」BS「バシズマブ」  
の治療をしています

氏名

年 月 日生 男・女

救急隊員にこのカードをお渡しください



# ベバシズマブBS「日医工」緊急連絡カード

## 緊急を要する副作用と初期症状

- **消化管穿孔**…………… 突然の強い腹痛
- **腫瘍関連出血を含む出血**
  - ・ 消化管出血 …………… 吐血、下血
  - ・ 脳出血 …………… 突発性意識障害、神経症状、頭痛
  - ・ 喀血 …………… 継続的かつ増加傾向をみとめる血痰、  
口腔からの出血
  - ・ 膣出血 …………… 継続的かつ増加傾向をみとめる  
膣からの出血
- **血栓塞栓症**
  - ・ 肺塞栓症 …………… 呼吸困難、胸痛、意識障害
  - ・ 深部静脈血栓症 …… 下肢腫脹、疼痛、色調変化
  - ・ 脳梗塞 …………… 突発性意識障害、神経症状
  - ・ 心筋梗塞、狭心症 …… 胸部圧迫痛
- **高血圧性脳症**…………… 頭痛、悪心・嘔吐、痙攣など
- **動脈解離**…………… 突然の堪えがたい胸痛・背部痛・腹痛

### その他の連絡先

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

電話 \_\_\_\_\_