

高血圧を合併した安定期慢性心不全患者に対するアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬の有効性に関する薬物介入臨床試験(SUPPORT-Trial)

割付連絡票

* 本用紙にて患者様の適格性を確認して頂き、本用紙の太枠にご記入の上、FAXにて下記のCHART-2事務局までご連絡ください。

* 未記入、不鮮明等ございます場合は、CHART-2事務局より確認の連絡をさせていただきますのでご了承ください。

東北心不全協議会:CHART-2事務局

TEL/FAX・・・022-717-7158

受付時間:月～金 9:00～17:00(土, 日, 祝祭日, 12月29日～1月3日を除く)

* 受付時間以外にもご送信いただけますが、登録結果の返答は翌稼働日となります。

医療機関名		担当医師	
医療機関TEL	— —	医療機関FAX	— —
同意取得年月日	20 年 月 日	登録場所	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
病院ID		イニシャル(姓・名)	
生年月日 (20歳以上80歳未満)	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
CHART-2登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	投与開始(予定)日	20 年 月 日

SUPPORT対象基準	適格	不適格
1. 慢性心不全の患者でNYHAが2度以上の症状を有する患者。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 高血圧の既往があるか現在も高血圧症で降圧薬投薬中の患者。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 登録時年齢20歳以上80歳未満の患者。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. β遮断剤ないしACE阻害薬あるいはその両方が投薬されている安定期慢性心不全患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬を投薬中ではない。(ARB投薬中の症例においては、他の心不全治療薬に変更したのち1ヶ月以上経過し、安定期慢性心不全であることを確認すれば対象とすることが可能である)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

SUPPORT除外基準	不適格	適格
1. 血清クレアチニン3mg/dl以上、あるいは透析を受けている患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬に対し過敏症の既往歴のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 重篤な肝機能障害のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 血管浮腫の既往歴のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 悪性新生物など重篤な疾患の治療中の患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 妊娠中、または妊娠の可能性のある患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7. 心血管手術後半年以内の患者(CRT, ICD, PMIは除く)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. 急性心筋梗塞発症後半年以内の患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9. 冠動脈形成術(ステント)後半年以内の患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10.主治医が不適当と判断した患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

高血圧を合併した安定期慢性心不全患者に対するアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬の有効性に関する薬物介入臨床試験(SUPPORT-Trial)

割付確認書

本症例は適格症例として割付いたしましたので、ご連絡申し上げます。

判定結果	:	オルメサルタン	群
割付年月日	:	20	年 月 日
<留意事項> オルメサルタン投与群では、アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬オルメサルタンを1日5～10mgから投与を開始し、年齢、症状、理学的所見、画像診断、採血検査を参考にして徐々に、かつ出来る限り増量するが、1日最大投与量は40mgまでとする。* ARB投与群・非投与群ともにJNC-7の降圧目標に準拠して降圧を行う。原則的に投与群ではARB増量によって、非投与群ではARB以外の降圧剤によって降圧を行う。			

医療機関名	:	病院	
担当医師	:		
同意取得年月日	:	20	年 月 日
診療区分	:	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
病院ID	:		
イニシャル(姓・名)	:	・	
生年月日・同意取得時年齢	:	19	(昭和)年 月 日
性別	:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
CHART-2登録	:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
投与開始(予定)日	:	20	年 月 日

以下、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

東北心不全協議会:CHART-2事務局

TEL/FAX・・・022-717-7158

受付時間:月～金 9:00～17:00(土、日、祝祭日、12月29日～1月3日を除く)