

## 治験候補患者さま ご紹介のお願い

謹啓

時下、先生におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。  
 平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。  
 さて、この度当院において、血管新生緑内障患者を対象とした治験を実施しております。  
 つきましては、貴院を受診されております患者様で下記の主な選択・除外基準に合致し、治験への参加を希望される患者さまがおられましたら、当院へご紹介を賜れば幸甚に存じます。  
 お忙しいところお手数をお掛け致しまして、誠に恐縮ではございますが、上記の件ご検討のほど、何卒宜しくお願い申し上げます。

謹白

記

主 な 選 択 基 準	
1	日本人で 20 歳以上の男女
2	眼部（虹彩及び隅角）の新生血管が認められ血管新生緑内障（NVG）と診断されたもの
3	前眼部（虹彩及び隅角）の血管新生により治験対象眼の眼圧が 25mmHg 超のもの
主 な 除 外 基 準	
1	NVG 以外の原因で隅角が閉塞しているもの、若しくは NVG で隅角が完全に閉塞しているもの
2	いずれかの眼又は眼周囲に感染のある患者、あるいは感染の疑いのあるもの
3	治験対象眼の眼内に重度の炎症のあるもの
4	妊婦、妊娠している可能性のある女性、又は授乳中の女性
5	アフリベルセプトに対してアレルギーの既往を有するもの

エントリー期間：2019 年 5 月 10 日まで（予定）

治験の参加期間は約 5 週間（最長 7 週間、投与期間：1 日（抗 VEGF 薬単回投与）、来院回数：5 回）です。

※ご紹介頂いた患者様はスクリーニング検査の結果にて治験参加決定となりますので、ご意向に添えない場合がございます。また、定員を満了してしまつた場合には、ご希望されても治験にご参加いただけない場合もあります。これらの点については予めご了承頂きたく、お願い申し上げます。

※なお、本書状を患者様に直接お渡しすることはお控えいただきますようお願い申し上げます。

<治験責任医師連絡先> 島根大学医学部附属病院 眼科 高井 保幸：

TEL 0853-20-2284 もしくは 0853-20-2391

<治験に関するお問い合わせ先> 島根大学医学部附属病院臨床研究センター治験管理部門：TEL 0853-20-2492

以上

島根大学医学部附属病院 眼科 責任医師 高井 保幸