**Informed Consent Form for Treatment with LAGEVRIO® Capsules 200mg**

**ラゲブリオ®カプセル200mgによる治療に係る同意説明文書**

Prepared 14 June 2022

2022年6月14日改訂

**1. About LAGEVRIO® Capsules 200mg (hereinafter referred to as LAGEVRIO)**

LAGEVRIO**®** received special approval as a treatment for novel coronavirus disease (infectious disease caused by SARS-CoV-2 [hereafter, COVID-19]).

When emergency use is necessary to prevent the spread of a disease that may have a significant impact on the lives and health of the public in Japan, the special approval system allows the Minister of Health, Labour and Welfare to approve a drug after hearing expert opinions if it is already used to treat the disease outside Japan, even if the drug does not meet the normal requirements for approval. LAGEVRIO**®** has been specially approved for use in Japan. At the time of approval, information on efficacy, safety and quality was limited. Information will continue to be collected and efficacy and safety will be reassessed once enough data has been accumulated.

Please receive a thorough explanation of LAGEVRIO**®** from your doctor before starting LAGEVRIO**®** treatment.

**１．ラゲブリオ®カプセル200mg（以下、本剤）について**

本剤は、新型コロナウイルス感染症（SARS-CoV-2による感染症）の治療薬として特例承認されました。

特例承認とは、外国で既に対象となる疾患の治療に用いられていることを条件に、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれのある病気のまん延等を防止するための緊急の使用が必要な医薬品について、厚生労働大臣が、専門家の意見を聴いた上で通常の承認の要件を満たさない場合でも承認が可能となる制度です。本剤は、本邦で特例承認されたものであり、承認時において有効性、安全性、品質に係る情報は限られており、引き続き情報を収集中で、データが集積された後に、有効性や安全性が改めて評価される予定です。

本剤の投与を受ける前に、担当の医師から、本剤についての説明を理解できるまで十分に受けてください。

* **Effects and Efficacy of LAGEVRIO®**

LAGEVRIO**®** is a treatment for COVID-19.

Clinical studies were conducted to confirm efficacy and safety and preliminary results report efficacy of LAGEVRIO**®** for the treatment of COVID-19.

* **本剤の効果について**

本剤は、新型コロナウイルス感染症の治療薬です。

新型コロナウイルス感染症に対する有効性や安全性を確認するために臨床試験が行われ、その速報値において有効性が報告されています。

* **Items to tell your doctor, nurse or pharmacist before receiving treatment of LAGEVRIO®**

Before treatment with LAGEVRIO**®**, please tell your doctor, nurse or pharmacist if any of the following apply to you:

* Patients who are pregnant, suspected of being pregnant, or if you have child-bearing potential.
* Patients who are breast-feeding or are planning to breastfeed.
* Patients who have any allergies.
* Patients who have any serious illness; or
* Patients who are taking any other medicines (including but not limited to prescription drugs, over-the-counter drugs, vitamins, and herbal products).
* **本剤を服用する前に必ず担当の医師、看護師又は薬剤師に伝えること**

以下の患者さんは、治療を行う前に、必ず担当の医師、看護師又は薬剤師にお知らせください。

* 妊娠している女性、妊娠している可能性のある女性、又は妊娠する可能性のある女性
* 授乳中の女性、又は授乳を予定している女性
* アレルギーのある方
* 重篤な病気のある方
* 何らかの薬（処方薬、市販薬、ビタミン剤、漢方薬など）を使用している方
* **How to take LAGEVRIO®**
* Take twice daily (1time 4 capsules) for 5 days.
* LAGEVRIO**®** can be taken with or without food.
* Do not take a double dose to make up for a missed dose. If you realize you have missed a dose, you should take the missed dose, provided, however, that if it is nearly time for the next dose, skip the missed dose and instead take the next dose at the regularly scheduled time.
* Under no circumstances should you give any unused medication to someone else.
	+ - * Complete the whole 5-day course of treatment even if your symptoms improve.
			* If you wish to stop taking LAGEVRIO**®** due to adverse reactions or for some other reason, please consult your doctor, nurse or pharmacist.
* **本剤の服用方法について**
* 1日2回（1回4カプセル）、5日間服用してください。
* 食事の有無にかかわらず服用できます。
* 決して2回分を1度に飲まないでください。飲み忘れに気が付いた場合には、1回分を飲んでください。ただし、次の飲む時間が近い場合は、1回飛ばして次の時間に1回分を飲んでください。
* 万が一、薬が残ってしまった場合でも、絶対に他の人に譲らないでください。
	+ - * 症状が良くなった場合でも5日間飲み切ってください。
			* 副作用等で中止する場合には、医師、看護師又は薬剤師に相談してください。
* For women who are pregnant, may be pregnant, or have child-bearing potential;

Studies of LAGEVRIO**®** in animals have shown reproductive toxicity, and use of LAGEVRIO**®** in pregnancy may cause fetal malformations. Animal studies with molnupiravir, the active ingredient in LAGEVRIO**®**, have shown harmful effects to the unbrn animal.

* LAGEVRIO**®** should not be administrated to pregnant women or women suspected of being pregnant.
* If you have child-bearing potential, you should use appropriate contraception while you are taking LAGEVRIO**®** and for 4 days after the last dose of LAGEVRIO**®**.
* If you become pregnant while you are taking LAGEVRIO**®** or during the 4 days after the last dose of LAGEVRIO**®** or you realize you were pregnant during this time, please immediately consult your doctor, nurse or pharmacist.
* **妊娠している女性、妊娠している可能性のある女性、又は妊娠する可能性のある女性**

本剤は、動物実験で、催奇形性などが認められており、妊娠中に服用することで、胎児奇形を起こす可能性があります。本剤の有効成分であるモルヌピラビルを投与した動物の胎児で有害な影響がみられました。

* 妊娠している女性又は妊娠している可能性のある女性での使用はできません。
* 妊娠する可能性のある女性は、本剤を服用中及び服用終了後4日間は適切な避妊を行ってください。
* 本剤を服用中又は服用終了後4日間までに妊娠した、あるいは妊娠していることがわかった場合は、直ちに担当の医師、看護師又は薬剤師にご相談ください。
* **Possible adverse reactions**

Anaphylaxis may occur after administration of LAGEVRIO.

* Even following a single dose of LAGEVRIO, anaphylaxis may occur.
* If you experience any initial symptoms such as rash, urticaria or other skin symptoms, a rapid heartbeat, difficulty in swallowing or breathing, swelling of the lips, tongue, face, tightness of the throat, hoarseness, or other than above symptom of allergic reaction etc., please discontinue LAGEVRIO and consult your doctor, nurse or pharmacist.

Others, the common adverse reactions to date are as follows.

|  |  |
| --- | --- |
| * Diarrhea
* Nausea
* Vomiting
* Dizziness
* Headache
* Rash
 | * Urticaria
* Toxic skin eruption (red maculopapular rash on both sides of the body, etc.)
* Erythema
* Angioedema
 |

The information available on the safety of LEGEVRIO is limited. There may also be other as yet unknown adverse reactions and risks. Since you may experience symptoms or conditions which have not been reported before, please consult your doctor, nurse, or pharmacist if you notice anything unusual during LAGEVRIO administration.

* **予想される副作用**

本剤の服用により、アナフィラキシーがあらわれる可能性があります。

* アナフィラキシーは、本剤を1回服用しただけでも発現する可能性があります。
* 発疹、蕁麻疹（じんましん）又はその他の皮膚症状、急に脈拍がはやくなる、のみこみにくい、息が苦しい、くちびる・舌・顔などが腫れる、喉が絞まる感覚、声がかすれる、その他上記以外のアレルギー反応の症状などの初期症状があらわれた際には、本剤を中止し、担当の医師、看護師又は薬剤師にご相談ください。

その他、これまでによくみられている副作用は、次のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| * 下痢
* 吐き気
* 嘔吐
* 浮動性めまい（ふわふわする感覚）
* 頭痛
* 発疹
 | * 蕁麻疹
* 中毒性皮疹（体の両側にみられる大小の赤い斑点状の発疹等）
* 紅斑
* 血管性浮腫
 |

本剤の安全性に関して得られている情報は限られます。まだ知られていない副作用やリスクがあるかもしれません。これまでに報告されていない症状・疾患が現れる可能性もありますので、異常を感じた場合には、担当の医師、看護師又は薬剤師にご相談ください。

**2. Special Notes on Consent and Provision of Information**

LAGEVRIO**®** will be prescribed after you have heard and fully understood this explanation and given your consent. It is entirely up to you to decide whether or not to consent to treatment with LAGEVRIO**®**. Even if you decide not to receive treatment with LAGEVRIO**®**, this will not adversely affect your day-to-day treatment or nursing care. You can receive another appropriate treatment that does not include LAGEVRIO**®**.

If you consent to receiving treatment with LAGEVRIO**®** and you change your mind before starting treatment, you can withdraw consent at any time and stop treatment with LAGEVRIO**®**. Even in this case, it will not adversely affect your treatment by another method. Please tell your doctor, nurse or pharmacist if you withdraw consent.

When you receive treatment with LAGEVRIO**®**, please tell your doctor, nurse, or pharmacist if you notice anything unusual. Information that you provide to your doctor, nurse, or pharmacist may be shared with the Japanese regulatory authorities or pharmaceutical companies to assess efficacy and safety and to monitor whether LAGEVRIO**®** is actually being used properly.

**２．同意及び情報提供に関する特記事項**

本剤は、説明を受けてその内容を理解・同意していただいた後に処方されます。本剤による治療は、自由意思によって決めることができます。本剤による治療を断っても、日常の治療や看護で不利益を被ることはありません。本剤を含まない他の適切な治療を受けることができます。

また、本剤による治療を受けることに同意した後に、考えが変わった場合には、いつでもこの同意を取り下げ（同意の撤回）、本剤による治療を中止することができます。その場合も、その他の治療において不利益を受けることはありません。同意を取り下げる場合には、担当の医師、看護師又は薬剤師にお知らせください。

本剤による治療を受けた際に、もし何らかの異常を感じた場合には担当の医師、看護師又は薬剤師にお知らせください。あなたからの情報は医師、看護師、薬剤師を通じて国や製薬企業に提供され、有効性や安全性を評価するためのほか、適正使用の実態を把握するために使用されることがあります。

Consent Form

同　意　書

Copy for patient or their legal representative患者又は代諾者控え用

My doctor has thoroughly explained the following issues, and I or my legal representative understand them.

(Please check (✓) the items (□) consented to. If there is anything that you do not understand about treatment with LAGEVRIO, anything that you want to check, or anything that you want to ask about, please do not hesitate to talk with your doctor at any time before or after deciding to consent to treatment.)

私又は代諾者は、担当医師から下記の事項について十分に説明を受け納得いたしました。

（同意される項目（□）にチェック（✓）を記入してください。本剤による治療について不明なこと、確認したいこと、相談したいことがある場合には、同意の有無にかかわらず、担当の医師に相談してください。）

記

□About LAGEVRIO

* + LAGEVRIO was approved by a special approval process.
	+ At the time of approval of LAGEVRIO**®**, data on treatment using LAGEVRIO**®** is still being collected and efficacy and safety will be reassessed once enough data have been accumulated.
	+ Effects and efficacy of LAGEVRIO**®**
	+ Method of treatment with LAGEVRIO**®**. Under no circumstances should I give any unused medication to someone else.
	+ Possible adverse reactions
	+ The information available on LEGEVRIO**®** is limited, and there may be other as yet unknown adverse reactions and risks.

□本剤について

* + 本剤が特例承認により承認されたこと
	+ 本剤の承認時点においては、本剤を用いた治療についてのデータは収集中であり、データが収集された後に有効性や安全性が改めて評価される予定であること
	+ 本剤の効果
	+ 本剤の服用方法、薬が残ってしまった場合でも他の人に譲らないこと
	+ 予想される副作用
	+ 本剤に関して得られている情報は限られており、まだ知られていない副作用やリスクがあるかもしれないこと

□Female patients should check the following items.

* + Studies of LAGEVRIO in animals have shown reproductive toxicity, and use of LAGEVRIO in pregnancy may cause fetal malformations.
	+ LAGEVRIO should not be administered to women who are pregnant or suspected of being pregnant.
	+ Women who have child-bearing potential should use appropriate contraception while taking LAGEVRIO**®** and for 4 days after the last dose of LAGEVRIO**®**.

□女性の場合は以下についてチェックしてください

* + 動物試験で催奇形性などが認められており妊娠中に服用することで胎児奇形を起こす可能性があること
	+ 妊娠している女性又は妊娠している可能性のある女性での使用はできないこと
	+ 妊娠する可能性のある女性は、本剤の服用中および服用終了後4日間は適切な避妊をすること

□Special notes on consent and provision of information

* It is entirely up to me to decide whether or not to consent to treatment with LAGEVRIO**®** and even if I decide not to receive treatment with LAGEVRIO**®**, this will not adversely affect my treatment.
* If I consent to receiving treatment with LAGEVRIO**®**, I can withdraw consent at any time and even if I withdraw my consent, this will not adversely affect my treatment.
* Information that I provide to my doctor, nurse, or pharmacist may be shared with the Japanese regulatory authorities or pharmaceutical companies to assess efficacy and safety and to monitor whether LAGEVRIO is actually being used properly.

□同意及び情報提供に関する特記事項

* 本剤での治療を受けるかどうかは、自由意思で決めることができ、治療は断っても不利益になることはないこと
* 同意した後にいつでも同意を撤回できること、また、同意を撤回しても治療に不利益になることはないこと
* 私の情報が医師、看護師、薬剤師を通じて国や製薬企業に提供され、有効性や安全性を評価するためや適正使用の実態を把握するために使用されることがあること

Therefore,I (or on behalf of the patient, I) consent to receiving treatment with LAGEVRIO® Capsules 200mg.

（自ら・本人に代わり）ラゲブリオ®カプセル200mgによる治療を受けることに同意いたします。

Patient: (your signature or that of your representative)

 Name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Year       Month      Day

 Address

Note: If it is difficult for the patient to sign and give consent, please have a legal representative sign their own name after writing the patient’s name.

 Legal representative: (your signature) Relationship to the patient

 Name                            Year       Month      Day

 Address

Note: If the patient is a minor on the date of informed consent, please have a legal representative sign in addition to the patient’s own signature.

患者：（自署又は代筆）

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

 住所

※患者本人の自署及び同意が困難な場合は、代諾者が患者本人の氏名を記入の上、代諾者の署名をお願いいたします。

 代諾者：（自署）　本人との関係又は続柄

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

 住所

※同意取得日時点で患者本人が未成年の場合、患者本人の署名に加え、代諾者の署名をお願いいたします。

* The patient or legal representative should keep their copies of the informed consent form and the consent form.
* 患者又は代諾者の方は同意説明文書及び同意書の控えをお受け取りください。

To be filled out by your doctor

担当医師記入欄

I explained the information about LAGEVRIO to the above patient/legal representative.

Doctor’s name: (signature)

Doctor’s Name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Year       Month        Day

Institution name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ℡

本剤について上記の患者又は代諾者に説明しました。

担当医師氏名：（自署）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

Consent Form

同　意　書

 Copy for medical institution　医療機関控え用

My doctor has thoroughly explained the following issues, and I or my legal representative understand them.

(Please check (✓) the items (□) consented to. If there is anything that you do not understand about treatment with LAGEVRIO, anything that you want to check, or anything that you want to ask about, please do not hesitate to talk with your doctor at any time before or after deciding to consent to treatment.)

私又は代諾者は、担当医師から下記の事項について十分に説明を受け納得いたしました。

（同意される項目（□）にチェック（✓）を記入してください。本剤による治療について不明なこと、確認したいこと、相談したいことがある場合には、同意の有無にかかわらず、担当の医師に相談してください。）

記

□About LAGEVRIO

* + LAGEVRIO was approved by a special approval process.
	+ At the time of approval of LAGEVRIO**®**, data on treatment using LAGEVRIO**®** is still being collected and efficacy and safety will be reassessed once enough data have been accumulated.
	+ Effects and efficacy of LAGEVRIO**®**
	+ Method of treatment with LAGEVRIO**®**. Under no circumstances should I give any unused medication to someone else.
	+ Possible adverse reactions
	+ The information available on LEGEVRIO**®** is limited, and there may be other as yet unknown adverse reactions and risks.

□本剤について

* + 本剤が特例承認により承認されたこと
	+ 本剤の承認時点においては、本剤を用いた治療についてのデータは収集中であり、データが収集された後に有効性や安全性が改めて評価される予定であること
	+ 本剤の効果
	+ 本剤の服用方法、薬が残ってしまった場合でも他の人に譲らないこと
	+ 予想される副作用
	+ 本剤に関して得られている情報は限られており、まだ知られていない副作用やリスクがあるかもしれないこと

□Female patients should check the following items.

* + Studies of LAGEVRIO in animals have shown reproductive toxicity, and use of LAGEVRIO in pregnancy may cause fetal malformations.
	+ LAGEVRIO should not be administered to women who are pregnant or suspected of being pregnant.
	+ Women who have child-bearing potential should use appropriate contraception while taking LAGEVRIO**®** and for 4 days after the last dose of LAGEVRIO**®**.

□女性の場合は以下についてチェックしてください

* + 動物試験で催奇形性などが認められており妊娠中に服用することで胎児奇形を起こす可能性があること
	+ 妊娠している女性又は妊娠している可能性のある女性での使用はできないこと
	+ 妊娠する可能性のある女性は、本剤の服用中および服用終了後4日間は適切な避妊をすること

□Special notes on consent and provision of information

* It is entirely up to me to decide whether or not to consent to treatment with LAGEVRIO**®** and even if I decide not to receive treatment with LAGEVRIO**®**, this will not adversely affect my treatment.

If I consent to receiving treatment with LAGEVRIO**®**, I can withdraw consent at any time and even if I withdraw my consent, this will not adversely affect my treatment.

* Information that I provide to my doctor, nurse, or pharmacist may be shared with the Japanese regulatory authorities or pharmaceutical companies to assess efficacy and safety and to monitor whether LAGEVRIO is actually being used properly.

□同意及び情報提供に関する特記事項

* 本剤での治療を受けるかどうかは、自由意思で決めることができ、治療は断っても不利益になることはないこと
* 同意した後にいつでも同意を撤回できること、また、同意を撤回しても治療に不利益になることはないこと
* 私の情報が医師、看護師、薬剤師を通じて国や製薬企業に提供され、有効性や安全性を評価するためや適正使用の実態を把握するために使用されることがあること

Therefore,I (or on behalf of the patient, I) consent to receiving treatment with LAGEVRIO® Capsules 200mg.

（自ら・本人に代わり）ラゲブリオ®カプセル200mgによる治療を受けることに同意いたします。

Patient: (your signature or that of your representative)

 Name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Year       Month      Day

 Address

Note: If it is difficult for the patient to sign and give consent, please have a legal representative sign their own name after writing the patient’s name.

 Legal representative: (your signature) Relationship to the patient

 Name                            Year       Month      Day

 Address

Note: If the patient is a minor on the date of informed consent, please have a legal representative sign in addition to the patient’s own signature.

患者：（自署又は代筆）

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

 住所

※患者本人の自署及び同意が困難な場合は、代諾者が患者本人の氏名を記入の上、代諾者の署名をお願いいたします。

 代諾者：（自署）　本人との関係又は続柄

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

 住所

※同意取得日時点で患者本人が未成年の場合、患者本人の署名に加え、代諾者の署名をお願いいたします。

* The patient or legal representative should keep their copies of the informed consent form and the consent form.
* 患者又は代諾者の方は同意説明文書及び同意書の控えをお受け取りください。

To be filled out by your doctor

担当医師記入欄

I explained the information about LAGEVRIO to the above patient/legal representative.

Doctor’s name: (signature)

Doctor’s Name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Year       Month        Day

Institution name　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ℡

本剤について上記の患者又は代諾者に説明しました。

担当医師氏名：（自署）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

Note: Keep this consent form in an appropriate place.

※本同意書は適切に保管する。