航空機搭乗のための証明書

Certificate for Air travel

I am using a Duodopa Continuous infusion Pump for treatment of Parkinson's disease.

This system consists of a medication cassette containing Levodopa/Carbidopa Intestinal Gel and a continuous infusion pump device to administer the medication.

- •The medication cassette requires chilled storage at 2-8 ℃ and refrigerating material.
- ·Additional medication cassettes may be required in flight. (The medication cassette should not be used for longer than 16 hours once it is out of the refrigerator.)
- •This pump conforms to the requirements of RTCA DO-160C 12.89(section 21-Radiated Emissions only). This pump will not interfere with the aircraft's electronic system.
- •The catheter, connectors, pump and medication cassettes contain metal parts that may set off the security metal detectors.

<Product information>

- Medication cassette (Duodopa® intestinal gel) Each medication cassette (100ml) contains:
 - ·Levodopa 2,000mg ·Carbidopa 500mg ·Carmellose sodium ·Water
- Pump:CADD-Legacy®Duodopa1400, Model 1400

私は、パーキンソン病患者で、デュオドーパ®配合経腸用液を医療機器のポンプを使用して空腸に持続投与する治療を受けています。 この治療システムは、ポンプ、空腸へ薬剤を送るチューブ、薬剤カセットで構成されます。 ・本薬剤カセットは 2-8℃の温度下で保存する必要があるため、保冷剤を使用します。

- ・機内で使用するための予備の薬剤カセットが必要になる場合があります。

(本剤は、冷蔵庫から取り出した後は 16 時間を越えて使用しないこととされています)

- ・ポンプは、RTCA/DO-160Cの規格をクリアしており、航空機の運航に影響しません。
- ・カテーテル、コネクター、ポンプ、薬剤カセットは金属探知機に反応する可能性のある金属部分を含んでいます。 <製品情報>
 - ■デュオドーパ(薬剤カセット)100ml には以下の成分が入っています
 - ・レボドパ 2,000mg /カルビドパ水和物 500mg/カルメロースナトリウム/精製水
 - ■ポンプ: CADD-Legacy®Duodopa1400, Model 1400

This is to confirm that the following person is being treated with Duodopa Intestinal Gel via a continuous intestinal infusion pump.

| | English | | | |
|-------------------|----------|----------|---------|--|
| Name/氏名 | | | | |
| | | | | |
| Date of Birth/生年月 | | | | |
| 日 | Year 西暦年 | /Month 月 | /Date ⊟ | |
| Gender | □Male/男性 | □Female/ | 女性 | |
| Passport#/パスポート | | | | |
| 番号 | | | | |



| Name of issuing clinic : | Phone: | |
|--------------------------|-------------|--|
| Clinic Address: | | |
| Name of physician : | Signature : | |
| Issued Date : | | |