

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤部(薬局)にご提出ください。

# レブラミド® 処方要件確認書

**B 女性**

確認日	年 月 日	担当医師名	
患者氏名		担当薬剤師名	

初 回 の み 確 認	1. 患者区分の確認	医師確認	
	以下の基準のいずれかに該当する <ul style="list-style-type: none"> <li>● 45歳以上で、自然閉経から1年以上経過している</li> <li>● 両側卵巣摘出術または子宮摘出術を受けている</li> </ul>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

2. 確認項目		医師確認	
催奇形性	レブラミド®の催奇形性に関して十分説明した <ul style="list-style-type: none"> <li>● 催奇形性リスクおよび胎児への影響</li> <li>● 献血の禁止</li> </ul>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
保管・残薬	保管・残薬に関して十分説明した <ul style="list-style-type: none"> <li>● 他人と共有または譲渡してはならない</li> <li>● 飲み残したレブラミド®および服用後の空のシートを通院時に持参する</li> <li>● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する</li> </ul>	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	● 2回目以降の処方時のみ レブラミド®の残薬数	あり <input type="checkbox"/> ( cap)	なし <input type="checkbox"/>

3. 臨床検査値等の確認	医師確認	
添付文書の記載に従い、本治療に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

<b>処方要件を満たすこと(すべて「はい」であること)を確認した。</b> (「完了」にチェックがない場合、レブラミド®は患者さんに交付されません)	医師確認	
	完了 <input type="checkbox"/>	

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

● 調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤部(薬局)にご提出ください。

# レブラミド<sup>®</sup> 処方要件確認書(初回処方用)

C 女性

確認日	年 月 日	担当医師名	
患者氏名		担当薬剤師名	

1. 確認項目		医師確認	
催奇形性	レブラミド <sup>®</sup> の催奇形性に関して十分説明した ● 催奇形性リスクおよび胎児への影響 ● 献血の禁止	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
避妊	避妊に関して十分説明した ● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる(治療終了4週間後まで) ● 有効な避妊措置方法 ● 無月経の場合でも、避妊措置をとる ● 妊娠反応検査を実施する(治療開始時、処方ごと、治療中止時、治療終了4週間後) ● 妊娠した、もしくは妊娠した可能性がある場合は直ちに服用を中止して主治医に相談する	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
保管・残薬	保管・残薬に関して以下の点を十分説明した ● 他人と共有または譲渡してはならない ● 飲み残したレブラミド <sup>®</sup> および服用後の空のシートを通院時に持参する ● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

2. 妊娠検査	検査結果	
	4週間前*	今回
4週間前および今回の妊娠反応検査の結果(陽性または陰性)をご記入ください。 * 4週間以上前から性交渉を控えている場合、4週間前の妊娠反応検査は不要です。その場合、検査結果(4週間前)に「不要」とご記入ください。		

3. 避妊措置状況の確認	医師確認	
4週間前から性交渉を控えるか、以下の方法で男女とも避妊を行っていた。 〔女性:経口避妊薬、子宮内避妊器具、両側卵管結紮術のいずれかを実施〕 〔男性:必ずコンドームを着用〕	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

4. 臨床検査値等の確認	医師確認	
妊娠反応検査を実施し、結果は陰性であった。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
添付文書の記載に従い、本治療に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

処方要件を満たすこと(すべて「はい」であることを確認した。 (「完了」にチェックがない場合、レブラミド <sup>®</sup> は患者さんに交付されません)	医師確認	
	完了 <input type="checkbox"/>	

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤部(薬局)にご提出ください。

## レブラミド<sup>®</sup> 処方要件確認書(継続処方用)

C 女性

確認日	年 月 日	担当医師名	
患者氏名		担当薬剤師名	

1. 確認項目		医師確認	
催奇形性	レブラミド <sup>®</sup> の催奇形性に関して十分説明した ● 催奇形性リスクおよび胎児への影響 ● 献血の禁止	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
避妊	避妊に関して十分説明した ● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる(治療終了4週間後まで) ● 有効な避妊措置方法 ● 無月経の場合でも、避妊措置をとる ● 妊娠反応検査を実施する(処方ごと、治療終了時、治療終了4週間後) ● 妊娠した、あるいは妊娠した可能性がある場合は直ちに服用を中止して主治医に相談する	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
保管・残薬	保管・残薬に関して十分説明した ● 他人と共有または譲渡してはならない ● 飲み残したレブラミド <sup>®</sup> および服用後の空のシートを通院時に持参する ● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	レブラミド <sup>®</sup> の残薬数	あり <input type="checkbox"/> ( cap )	なし <input type="checkbox"/>

2. 妊娠検査	検査結果
妊娠反応検査の結果(陽性または陰性)をご記入ください。	

3. 避妊措置状況の確認	医師確認	
性交渉を控えるか、以下の方法で男女とも避妊を行っていた。 (女性: 経口避妊薬、子宮内避妊器具、両側卵管結紮術のいずれかを実施) (男性: 必ずコンドームを着用)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

4. 臨床検査値等の確認	医師確認	
妊娠反応検査を実施し、結果は陰性であった。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
添付文書の記載に従い、本治療に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

処方要件を満たすこと(すべて「はい」であることを確認した。 (「完了」にチェックがない場合、レブラミド <sup>®</sup> は患者さんに交付されません)	医師確認	
	完了 <input type="checkbox"/>	

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

## ハンディ端末不具合時 申請書

- ① 調剤申請の場合は、「レブラミド®処方要件確認書」と一緒にRevMate®センターへFAXしてください。  
 ② 本様式の記載に不備があった場合は、RevMate®センターより、担当薬剤師の方に確認の電話をさせていただきますのでよろしくお願いします。  
 ③ 薬剤返却申請の場合、RevMate®センターで入力後、「返却薬剤受領書」がFAX送信されますので、患者様にお渡しください。

		申請日	年	月	日
申請内容	<input type="checkbox"/> 調剤申請(→Aに記入) <input type="checkbox"/> 薬剤返却申請(→Bに記入)				
不具合理由	<input type="checkbox"/> 端末の故障 <input type="checkbox"/> 端末の紛失 <input type="checkbox"/> 回線工事中(手配中)				
患者氏名	(フリガナ)	患者ID			
施設名					
担当薬剤師名	(カタカナで記入)	端末ID			
連絡先	FAX:	TEL:			

### <記入欄A> 調剤申請の場合は、以下にご記入ください。

処方数 (処方せんで確認してください)	Cap
その他連絡事項* <input type="checkbox"/> 処方数量について問題がないことを処方医師に確認した。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

\*:必要に応じて、ご記入ください。

### <記入欄B> 薬剤返却申請の場合は、以下にご記入ください。

薬剤返却数	Cap
-------	-----

# ハンディ端末不具合時 調剤諾否連絡書

責任薬剤師 様

連絡日: 年 月 日

レブラミド®の調剤を承諾します。服薬指導の後、お薬をお渡しく下さい。

なお、以下の項目に留意し、患者様に服薬指導をお願いします。

- A. 男性です。: パートナーの妊娠に関して注意喚起をしてください。
- C. 女性です。: 妊娠に関して注意喚起をしてください。
- 遵守状況確認の実施時期です。「遵守状況確認票」を患者にお渡しく下さい。
- 前回の「遵守状況確認票」が、未提出です。必ずご提出いただくよう指導してください。

レブラミド®の調剤はできません。

患者氏名	(フリガナ)	患者 ID																
	(漢字)																	
施設名		処方数	Cap															

RevMate®センター

# 返却薬剤受領書

様

返却薬剤受領日	年 月 日
薬剤	
数量	カプセル

返却頂いた薬剤は責任を持って廃棄いたします。

施設名: \_\_\_\_\_

## 薬剤紛失等 報告書

下記の通り、レブラミドの紛失等について報告します。

	報告日	年 月 日										
施設名												
報告者	<input type="checkbox"/> 処方医師 <input type="checkbox"/> 責任薬剤師	登録ID* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
紛失者	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 薬剤管理代行者 <input type="checkbox"/> 医療関係者	患者ID** <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
紛失日	年 月 日	紛失数 <span style="float: right;">Cap</span>										
紛失状況等												

\* : 処方医師ID、責任薬剤師IDが不明な場合は、RevMate®センターにお問合せください。

\*\* : 患者IDは、レブメイトカードでご確認ください。

# レブメイト<sup>®</sup>遵守状況確認票

【薬剤師さんへ】

「確認票交付日」と「ID 番号」を記入して、患者さんにお渡してください。

確認票交付日

年

月

日

ID 番号 (レブメイトカードに記載されている 10 桁の番号をお書きください)。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



これは、レブメイトが適正に運用されているか、レブメイトの手順が守られているか、確認するためのものです。

氏名、記入日のご記入とともに、該当する患者区分の質問事項にご回答いただき、レブメイトセンター宛の封筒に入れて、投函してください。

個人情報、レブメイト以外の目的に使用されることはありません。また、厳重に管理されます。

氏名		記入日	年	月	日
----	--	-----	---	---	---

### A. 男性の方へ

最近2ヵ月間のご自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。  
(必ずどちらか一方に☑を付けてください)

なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべての A.男性を対象にしていますのでご了承ください。

質問		回答	
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	献血をしましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	過去2ヵ月の間、性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を行いましたか (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。

## B. 女性の方へ

最近6ヵ月間の自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。  
(必ずどちらか一方に☑を付けてください)

質 問		回 答	
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	献血をしましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。

## C. 女性の方へ

最近1ヵ月間の自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。  
(必ずどちらか一方に☑を付けてください)

なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべての C. 女性を対象にしていますのでご了承ください。

質 問		回 答	
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	献血をしましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	過去1ヵ月の間、性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を男性パートナーとともに行いましたか (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	直近の妊娠反応検査の結果を教えてください	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。