

除外 (070328(水) 報告者1. T0/162石を服用しては、本FAXは、葛根湯等の副作用情報を知るべく、タミフルを服用しているタミフルを患者に現れた副作用等の情報の提供による。



医療用医薬品
一般用医薬品
化粧品・部外品

医薬品安全性情報報告書

☆記入前に裏面の「報告に際してのご注意」を参照してください。

健康食品等の使用によると疑われる健康被害等の報告については、タミフルの服用し、厚生労働省 最寄りの保健所へご連絡下さい。
06103688

患者イニシャル S.K	性別 (男)・女	副作用等発現年齢 11歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有(妊娠週)・不明
原疾患・合併症 1. バイフェリン 2. 急性扁桃腺炎	既往歴 1. 無 2.	過去の副作用歴(無・有・不明) 医薬品名: 副作用名: (無)		その他特記すべき事項 <input type="checkbox"/> 飲酒() <input type="checkbox"/> 喫煙() <input checked="" type="checkbox"/> アレルギー(アレルギー) (アレルギー) <input type="checkbox"/> その他()	

副作用等の症状・異常所見
1. バイフェリン(タミフル服用は無)での異常
2. 発熱
発現日: H19年3月23日
発項日: 年 月 日

副作用等の転位(転位日19年3月23日) <input checked="" type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 後遺症有り(症状) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不明 胎児について <input type="checkbox"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	副作用等の重篤度について <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡又は障害につながるおそれ <input type="checkbox"/> 治療のために入院または入院期間の延長 <input type="checkbox"/> 上記に準じて重篤である <input type="checkbox"/> 後世代における先天性の疾病又は異常 <input checked="" type="checkbox"/> その他 内服中止している
---	---

被疑薬(商品名でも可) 最も関係が疑われる被疑薬に○	製造販売業者 の名称	投与経路	一日投与量 (1回量×回数)	投与期間 (開始日～終了日)	使用理由
				～	～

その他使用医薬品(商品名でも可)
① 葛根湯 ② (2732(15) 3T
カオレン(200) 3T 3回/日

副作用等の発生及び処置等の経過
年 月 日
H19 3. 23 バイフェリンにて、上記発熱 1/2 以降開始
11歳と3歳で、タミフル服用はしませんでした。
タミフルは H15 5月9日、H17 1月24日 と過去2回 内服歴あり。

影響を及ぼすと考えられる上記以外の処置・診断(無)有
有りの場合 → 放射線療法 輸血 手術 麻酔 その他【 発熱等は認めない 】

再投与: 無・有 有りの場合→再発: 無・有

報告日: 平成19年3月28日 (最低限度送るのに必要です住所をご記入ください)
報告者 氏名: [Redacted] 施設名: [Redacted]
(職種: 医師) 住所: [Redacted]
電話: [Redacted] FAX: [Redacted]

報告者が処方医以外の場合 → 処方医との情報共有: 有・無
 最も関連の疑われる被疑薬の製造販売業者への情報提供: 無 中外製薬に連絡した。

○ファックスでのご報告は、下記のところまでお願いします。両面ともお送りください。
(FAX: 03-3508-4364 厚生労働省医薬食品局安全対策課)