

除7ト (インフルエンザによる高熱による異常行動に要した薬剤の情報の提供)

No.17, 症例

No. 薬 第 08 号 4. 2
平成 19 年 3 月 8 日
厚生労働省
07100005

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思われる健康被害の報告については、この様式を用いて最寄りの保健所へご連絡下さい。

患者イニシャル M. M	性別 男・女	副作用等発現年齢 14 歳	身長 cm	体重 kg	妊娠 無・有 (妊娠 週)・不明
原疾患・合併症 1. A型インフルエンザ	既往歴 1. 熱性けいれん	過去の副作用歴 (無) 有・不明 医薬品名: 副作用名:	その他特記すべき事項 <input type="checkbox"/> 飲酒 () <input type="checkbox"/> 喫煙 () <input type="checkbox"/> アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()		

副作用等の症状・異常所見 1. 異常行動	(発現日: 19 年 3 月 8 日)
2.	(発現日: 年 月 日)

副作用等の転帰 (転帰日 19 年 3 月 9 日)	副作用等の重篤度について
<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	<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
胎児について <input type="checkbox"/> 胎児に影響あり <input type="checkbox"/> 胎児死亡	<input type="checkbox"/> その他

被疑薬 (商品名でも可) 最も関係が疑われる被疑薬に○ の名称	製造販売業者	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
不明					

その他使用医薬品 (商品名でも可)
 Rp ① レソプロレ 3T
 ② コソバ 3T
 ③ フラマシ 2) 3T
 ④ カナール 200) 2T
 ⑤ 頓用 × 5 回分
 ⑥ ホクナリレラ 70 (2) 1 枚
 ⑦ 分
 ⑧ セツヤレ 300) 3T

副作用等の発生及び処置等の経過
 平成 19 年 3 月 6 日 0 咳 3 月 7 日夜より発熱 38.5℃ あり
 19 年 3 月 8 日 3 月 8 日 病院受診。インフルエンザ迅速検査キットにて A 型
 インフルエンザ陽性。本人及び家族から期待される希望も、多量に
 処方せり。3 月 8 日夜 39.8℃ の発熱あり。突然走り出し、マレハシ
 トプあり飛び出しエレベーターの奥まで行き、父と兄が追いついた
 に抑えた。その後 1 時間程興奮し、音読しをしその後眠った。
 3 月 9 日より異常なし。3 月 8 日のレポートに際して本人見たい。

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 ())

再投与: 無・有 有りの場合 → 再発: 無・有

報告日: 平成 19 年 4 月 2 日 (空欄を逃すのに必要ですので住所をご記入ください。)

報告者 氏名: [Redacted] 施設名: [Redacted]
 (職種: 小児科医師) 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: 有・無

○アクセスまでのご報告は、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)