

●1000mL製品のバッグ外袋の印刷色、デザインを変更しました。

500mL製品との識別のため、1000mL製品のバッグ外袋の印刷色に黄色を追加しました。



■梱包ケースのデザインを変更しました。

「開通確認カバー装着品」の文字を表示した赤色の帯を全面に追加しました。



■変更品の新コード及び出荷予定時期

統一商品コード及びJANコードを変更しました。

製品名	包装	新統一商品コード	新JANコード	出荷予定時期
アミノフリード	500mL×20袋	035-01800-1		2007年5月中旬
	1000mL×10袋	035-01810-0		2007年5月初旬

製品流通の面から、変更した製品がお手元に届くまでに多少日時を要すると存じますが、何卒ご了承賜りますようお願い申し上げます。



販売提携
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

製造販売元
株式会社大塚製薬工場
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

	発生段階	事故の程度	事例概要
【薬剤間違い】			
1	指示段階	障害残存 (低い)	ニューロタン(ロサルタンカリウム)25mgをニューレプチル(精神神経用剤)25mgと間違えてオーダーリング画面から入力し処方した。意識障害が発生し、経過観察を要した。
2	指示段階	不明	前医で処方されていた常用薬21種類のうち8剤がなくなったため、主治医(研修医)が処方を行った。この際、スロービッド(テオフィリン)を処方すべきところをスローケー塩化カリウム)をオーダーリング画面から処方した。
3	準備段階	障害残存 (低い)	手術後、術前に行ったホルモン負荷検査の再検査を行った。生理食塩水20mL + TRH(プロラクチン分泌視床下部ホルモン)1mLを静脈注射したところ患者はプレショック態となった。その夜、看護師がTRHが未使用であることに気付いた。患者へ投与したのはTRHではなく数日前に処方されたが使用されず薬局へ返品していなかったピトレシン注射液(脳下垂体後葉ホルモン剤)であった。
4	準備段階	障害残存 (低い)	救急外来で内科当直医師はプリンペラン1A(消化器機能異常治療剤)静脈注射の口頭指示を出した。当事者の医師は救急外来看護師に指示を伝達し、アンプルを受取った後、薬剤名を確認せずそのまま静脈注射した。内科当直医師がプリンペランではなくラシックス(利尿降圧剤)20mgであったことに気付いた。
5	準備段階	障害残存 (低い)	中心静脈注射を組成する際に、50%ブドウ糖を加えるべきところを10%ブドウ糖を加えて作成した。定期検査で患児に低血糖が認められ糖濃度を増やし、対応した。
6	準備段階	障害の可能性 (低い)	看護師はヘパリンロックシリンジによるIVH(中心静脈栄養)ルートのフラッシュを行う際、引き出しの中から手前に見えた薬剤のパッケージを確認せず、ヘパリンロックシリンジ(血液凝固阻止剤)だと思い込み、キシロカイン注シリンジ10mLを取り出した。薬剤名を確認せずキシロカイン注シリンジ(局所麻酔剤)10mLを注入した。プレフィルドシリンジ(薬剤があらかじめ充填されている注射器)の薬剤を同じ引き出しで保管していた。