

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

女性患者 C

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

注意事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	医師	患者
6 妊娠 回避	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 妊娠	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
8 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
9 共有 譲渡 廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
10 関係者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

【処方医師記入欄】
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

サレド [®] カプセル 100	未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

患者署名

患者 登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

遵守状況等確認票(A)

藤本製薬控

女性患者 C

見出しと質問の変更
【分かりやすくするため】

初回不要項目の明確化
【間違いが多いため】

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、間違った場合には を記入してください。

注意事項

	医師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項 (8, 9 は初回処方時不要)

	医師	患者
6 避妊	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行った <input type="checkbox"/> 行っていない
7 妊娠 検査	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
8 授乳	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
9 共有 譲渡 廃棄	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行った
10 薬剤 管理者	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり

【処方医師記入欄】 外来 入院
上記の事項等を確認しました

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 署名

処方医師 登録番号

区分の明確化

【記入事項の利便化】

休薬・中止の場合はチェックを入れてください 休薬 中止

サレド [®] カプセル 100	未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap
サレド [®] カプセル 50	未服用薬数量	Cap	紛失数量*	Cap
	必要数量	Cap/日 × 日	今回処方数量	Cap

※ 紛失があった場合、薬剤部(科)にて紛失届を作成してください

【患者さん記入欄】
治療に関する同意説明の内容を理解し、同意いたします。上記の事項等を確認しました。

患者署名

患者 登録番号

注) 薬剤部(科): この用紙を切り離して、お預かりください。後日 MR が回収させていただきます。

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は4週間を超えない間隔で、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳ができないことを知っていますか。

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

6	確認期間中に性交渉を行わなかった。または規定された避妊方法を実施しましたか。
7	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査: 50 IU/L の感度以上)
8	(初回処方時不要) (2回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

注意事項

1	本剤の主成分であるサリドマイドは胎児の発育に影響するため、定められた期間中に妊娠回避が必要なことを知っていますか。
2	本剤治療中は異性との性交渉を避けるか、性交渉をする場合には安全管理手順に規定された1種類ずつの避妊方法を男女がそれぞれ同時に実施しなければならないこと、また、本剤による治療を中止しても、その後8週間は妊娠回避を続けなければならないことを知っていますか。
3	治療期間中は4週間を超えない間隔で、治療中止後は4週間後と8週間後に妊娠検査を受けなければならないことを知っていますか。
4	妊娠するかもしれない場合は直ちに本剤の服用は中止し、処方医師に連絡することを知っていますか。
5	本剤治療中および中止後8週間は授乳ができないことを知っていますか。

確認事項 (確認期間: 前回診察日～今回診察日)

6	避妊を行いましたか。 (性交渉がなかった場合は、避妊を「行った」にチェックしてください。)
7	本日病院内で行った妊娠検査の結果は、陰性でしたか。(尿検査: 25 IU/L の感度以上)
8	(初回処方時不要) (2回目処方時の確認期間: 本剤服用開始時～今回診察日) 確認期間中に授乳をしましたか。
9	(初回処方時不要) 確認期間中に本剤を他人と共有した、譲った、または廃棄しましたか。 (不要になった本剤は捨てずに薬剤師に届けてください。)
10	薬剤管理者を変更しましたか。 (変更になる予定がある場合には、処方医師に申し出てその指示に従ってください。)

質問の変更
【分かりやすくするため】

高感度のものに統一
【第11回 TERMS 委員会】