

RevMate® 遵守状況確認票 b未成年女性

枠線から出ないように記入してください。

チェックボックスは該当するにを記入してください。は訂正用です。

医療機関名

確認日 2088年88月88日 処方医師名
患者ID 8100888888 外来入院 外来 入院
患者同意の取得 取得した(初回・薬剤区分変更時) 薬剤管理者設置要否 要 不要 疾患 (疾患変更時のみ) MM MDS (5q-) ATLL FL MZL その他

1. 患者区分の確認: 以下のb未成年女性の定義b-①②③のいずれかに該当する(いずれかひとつに)

確認事項 b-① 初経を迎えていない未成年女性 (申告者 親 親権を担うもの)
b-② 産婦人科専門医が、卵巣機能が停止していることを定期的に確認した未成年女性
b-③ 初経を迎えているが、処方医師が患者の申告を踏まえ全身状態不良等の重篤な身体的理由により妊娠の機会がないと判断した未成年女性

2. 確認項目: 下記の項目に関して、十分説明したまたは、患者さんは説明しなくとも十分理解していることを確認した

医師確認 外来 入院
催奇形性 ● 催奇形性リスクおよび胎児への影響 ● 献血の禁止
保管 ● 他人と共有または譲渡してはならない ● 本剤を廃棄してはならない
● 飲み残した本剤の残薬数を通院時に処方医師に伝える ● 本剤を紛失しないよう管理する
● 治療終了後の残薬は、薬剤部(院内薬局)に返却する
残薬 残薬なし 1剤目規格 1剤目カプセル数 2剤目規格 2剤目カプセル数

定期確認票はb未成年女性では不要とする。

3. 臨床検査値などの確認:

添付文書の記載に従い、本治療に際し血液検査など、問題となる所見がないことを確認した
医師確認 はい
上述の処方要件を満たすことを確認した(「完了」に○がない場合、本剤は患者さんに交付されません)
医師確認 完了

4. 薬剤師記入項目:

調剤 処方する薬剤 レブラミド 1剤目規格 1剤目カプセル数 2剤目規格 2剤目カプセル数
調整なし ポマリスト
上述の内容および処方箋の記載事項を確認した
薬剤師確認 完了
患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った
医師確認 はい
処方医師 カナ氏名 担当薬剤師名
薬局ID 連絡先TEL

※入院患者さんのレブラミド、ポマリストを病棟内で管理する場合、第三者が薬剤曝露しないよう、保管・配薬・与薬してください。

以上で処方要件の確認は終了です。