

レブラミド[®]・ポマリスト[®]適正管理手順に関する同意書 薬剤管理者

「レブラミド[®]・ポマリスト[®]適正管理手順」(レブメイト[®])を理解し、以下の内容につき同意します。
(同意項目に☑を記入)

- 私は、レブラミド[®]とポマリスト[®]が胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 私は、処方されたお薬が患者の治療のためだけのものであることを理解しました。私および患者は、お薬を他の人と共有したり、他の人に譲ったりしません。
- 私は、処方されたお薬を子供の手の届かない患者専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 私は、お薬を紛失した場合は、お薬を受け取った薬剤部(院内薬局)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 私は、患者がお薬を服用する必要がなくなった場合、残ったお薬は廃棄せず、受け取った薬剤部(院内薬局)へ持参します。その際、返金がないことを承諾します。
- 私は、お薬を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私および患者にも責任があることを理解しました。
- 必要に応じて、私の医療機関登録情報がブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社に提供されることを承諾します。
- 私は、適正管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、お薬の服用を一時停止、又はお薬での治療が中止されることを承諾します。
- 私は、患者が献血してはいけないことを理解しました。
- 私は、定期的に行われるアンケート調査に協力します。

投与予定 薬剤	<input type="checkbox"/> レブラミド [®] <input type="checkbox"/> ポマリスト [®]
------------	---

薬剤管理者 記入欄	私は、主治医より上記の説明を受け、遵守すべきことを理解しましたので同意します	
	患者氏名：	同意日
		年 月 日
	薬剤管理者署名：	続柄(間柄)
	連絡先：	

処方 医師名	
-----------	--

記入後にコピーをとり、原本を患者さんに渡し、コピーを医療機関で保管してください。