RevMate®センター行き （FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025）

# RevMate®（レブラミド®・ポマリスト®適正管理手順）
# 薬剤紛失報告書

下記の通り、レブラミド®又はポマリスト®の紛失について報告します

| 報告日 | 年　月　日 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関名 | | | | | |
| 報告者 | □処方医師<br>□責任薬剤師 | 報告者氏名<br>又は登録 ID | | | |
| 紛失日 | 年　月　日 | 紛失数<br>（該当するものを記入） | □ レブラミド®<br>□ ポマリスト® | mg × カプセル<br>mg × カプセル | |
| 紛失者 | □医療関係者<br>□患者<br>□薬剤管理者 | 紛失場所 | | | |
| 紛失状況等* | | | | | |
| 第三者への曝露の可能性** | 無 ／ 有（ 有の場合：考えられる理由を記載ください ） | | | | |
| 第三者への譲渡の可能性 | 無 ／ 有（ 有の場合：考えられる理由を記載ください ） | | | | |

紛失者が「患者」または「薬剤管理者」の場合は以下もご記入ください

| RevMate®の患者 ID*** | 8 | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 調剤日 | 患者の年齢 | 薬剤管理者の有無 | 薬剤管理者の年齢<br>※薬剤管理者が有の場合のみ |
|---|---|---|---|
| 年　月　日 | 歳 | 有 ／ 無 | 歳代 |

*　：どこで紛失したか、何故紛失したことに気がついたか、紛失した原因、その後の対応等詳細をご記載ください
**：患者以外の身近な方が誤って服用した可能性についてご記載ください
***：RevMate®の患者 ID は、レブメイト®カードでご確認ください
注 1）　報告いただいた内容は RevMate®運営委員会、RevMate®第三者評価委員会に報告いたします
注 2）　医療機関にて適切に廃棄された薬剤については、記載は不要です

様式 26（Ver.6.2）