

# RevMate遵守状況確認票 (A 男性)

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

ブリストルマイヤーズ スクイブ

|  |   |                                |  |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
|--|---|--------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|----------|----------|-------|----------|---------------------------------|--------|----------|--------|----------|
| 確認日  | 20 年 月 日  | 処方医師名                          |  |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 患者ID   | 8100  | 外来入院                           | 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/>  | 薬剤切替時の説明済 <input type="checkbox"/> |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 患者同意の取得  | 取得した <input type="checkbox"/> 薬剤管理者設置要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>   | 疾患 (疾患変更時のみ)                   | MM <input type="checkbox"/> MDS (Sq-) <input type="checkbox"/> ATLL <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> MZL <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 1. 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<br>● 献血の禁止   |                                |  | はい <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 避妊   | ● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる (治療終了4週間後まで)<br>● 有効な避妊措置方法<br>● 妊婦との性交渉は完全に控える (治療終了4週間後まで)<br>● パートナーが妊娠、もしくは妊娠した可能性がある場合はただちに処方医師に相談する   |                                |  | はい <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 保管   | ● 他人と共有または譲渡してはならない<br>● 飲み残した本剤の残薬数を通院時に処方医師に伝える<br>● 治療終了後の残薬は、薬剤部 (院内薬局) に返却する   |                                |  | はい <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 残薬   | <table border="0"> <tr> <td>残薬なし <input type="checkbox"/></td> <td>1剤目規格</td> <td>1剤目カプセル数</td> <td>2剤目規格</td> <td>2剤目カプセル数</td> </tr> <tr> <td>レナリドミド <input type="checkbox"/></td> <td>8.8 mg</td> <td>888 カプセル</td> <td>8.8 mg</td> <td>888 カプセル</td> </tr> </table> |                                |  |                                    | 残薬なし <input type="checkbox"/> | 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 | レナリドミド <input type="checkbox"/> | 8.8 mg | 888 カプセル | 8.8 mg | 888 カプセル |
| 残薬なし <input type="checkbox"/>                                      | 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                           |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| レナリドミド <input type="checkbox"/>                                    | 8.8 mg  | 888 カプセル                       | 8.8 mg   | 888 カプセル                           |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 確認事項   | ● 定期確認票の記入内容を確認したうえで、患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った または 定期確認票の提出時期でないことを確認した ※責任薬剤師が確認する場合、○は不要   |                                |  | はい <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 2. 臨床検査値などの確認:   |   |                                | 医師確認   | はい <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 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                          |   |                                |  |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 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 <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 3. 薬剤師記入項目:  |   |                                |  |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 調剤   | 処方する薬剤  | レブラミド <input type="checkbox"/> | 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 |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
|  | 調剤なし <input type="checkbox"/>   | 8.8 mg                         | 888 カプセル   | 8.8 mg                             | 888 カプセル                      |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 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 <input type="checkbox"/>        |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 定期確認票の記入内容を確認したうえで、患者さんに薬剤管理に関する必要な説明を行った または 定期確認票の提出時期でないことを確認した |   |                                | はい <input type="checkbox"/>  |                                    |                               |          |          |       |          |                                 |        |          |        |          |
| 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。