

RevMate遵守状況確認票 (B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

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"/>
患者同意の取得	取得した(初回・薬剤区分変更時) <input type="checkbox"/>	薬剤管理者設置要否	要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>
		疾患(疾患変更時のみ)	MM <input type="checkbox"/> MDS (5q-) <input type="checkbox"/> ATLL <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> MZL <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>

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

確認事項	①	<input type="checkbox"/>	自然閉経した女性(45歳以上で、1年以上月経がない)、子宮又は両側卵巣を摘出した女性、あるいは子宮又は両側卵巣が先天的にない女性
	②	<input type="checkbox"/>	年齢にかかわらず、産婦人科専門医が産婦人科診療ガイドライン(婦人科外来編の早発卵巣不全の項)に準じて、定期的に卵巣機能が停止していることを確認した女性
	③	<input type="checkbox"/>	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女性
今回判定日	20 年 月 日	次回検査予定日	20 年 月 日

※上記の基準に該当しなくなった場合は、患者区分をC女性に変更する手続きを行ってください。

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	はい <input type="checkbox"/>	
保管	● 他人と共有または譲渡してはならない ● 飲み残した本剤の残薬数を通院時に処方医師に伝える ● 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	残薬なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ポマリドミド <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1剤目規格 8.8 mg × 1剤目カプセル数 888 カプセル	2剤目規格 8.8 mg × 2剤目カプセル数 888 カプセル

定期確認票はB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 <input type="checkbox"/>
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"/>

4. 薬剤師記入項目:

調剤	処方する薬剤	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"/> ポマリドミド <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"/>		
	患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った		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			

※入院患者さんのポマリド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。