

RevMate(レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順)

薬剤紛失報告書

下記の通り、レナリドミド又はポマリドミド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	<input type="checkbox"/> 処方医師	報告者氏名 及び登録 ID							
	<input type="checkbox"/> 責任薬剤師								
紛失日	年 月 日		紛失薬剤	薬剤名:					
				製造販売業者名: _____ mg × _____ カプセル					
紛失者	<input type="checkbox"/> 医療関係者	紛失場所							
	<input type="checkbox"/> 患者								
<input type="checkbox"/> 薬剤管理者									
紛失状況等*1									
第三者への曝露の可能性*2	有の場合:考えられる理由をご記入ください 無 / 有 ()								
第三者への譲渡の可能性	有の場合:考えられる理由をご記入ください 無 / 有 ()								
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*3			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 <small>※薬剤管理者が有の場合のみ</small>			
年 月 日	歳		有 / 無			歳代			

*1 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入ください。

*2 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入ください。

*3 RevMate の患者 ID は、レプメイトカードでご確認ください。

ご報告いただいた内容は RevMate 合同運営委員会、RevMate 第三者評価委員会に報告いたします。

医療機関にて適切に廃棄された薬剤については、ご記入は不要です。

RevMate(レナリドミド・ポマリドミド適正管理手順)
薬剤紛失報告書

下記の通り、レナリドミド又はポマリドミドの紛失について報告します。

		①		報告日	年	月	日
②	医療機関名						
③	報告者 <input type="checkbox"/> 処方医師 <input type="checkbox"/> 責任薬剤師	報告者氏名 及び登録ID					
④	紛失日 年 月 日	紛失薬剤	薬剤名:				
			製造販売業者名: _____ mg × _____ カプセル				
⑤	紛失者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 薬剤管理者	⑥ 紛失場所					
⑦	紛失状況等*1						
⑧	第三者への曝露 の可能性*2	有の場合: 考えられる理由をご記入ください					
		無 / 有 ()					
⑨	第三者への譲渡 の可能性	有の場合: 考えられる理由をご記入ください					
		無 / 有 ()					
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*3		8	1	0	0		
⑩	調剤日	患者の年齢	薬剤管理者の有無		薬剤管理者の年齢 ※薬剤管理者が有の場合のみ		
	年 月 日	歳	有 / 無		歳代		

*1 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入ください。

*2 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入ください。

*3 RevMate の患者 ID は、レブメイトカードでご確認ください。

ご報告いただいた内容は RevMate 合同運営委員会、RevMate 第三者評価委員会に報告いたします。
 医療機関にて適切に廃棄された薬剤については、ご記入は不要です。

- ① RevMateセンターに送付する日をご記入ください。
- ② 処方元以外の施設から報告を行う場合は、医療機関名に自施設名と処方元の医療機関名をご記入ください。
- ③ 報告者に✓し、お名前または登録 ID をご記入ください。処方元以外の施設から報告を上げる場合には、✓はせず報告者氏名欄に、役職とお名前をご記入ください。
- ④ 紛失日、紛失した薬剤名と製造販売業者名、及び紛失した規格とカプセル数をご記入ください。
- ⑤ 紛失者に✓してください。介護施設の職員等も医療関係者に✓してください。
- ⑥ 紛失場所をご記入ください。例) 自宅、薬剤部、血液病棟など
- ⑦ 紛失状況は、時系列で詳細をご記入ください。また、講じた対策等があれば併せてご記入ください。

記入例①)

10月1日42 カプセル調剤し、レブメイトキットに入れて患者に渡した。
 10月29日受診時に2 カプセル足りず、1 日分服用していないと申し出があった。
 薬剤部の在庫と出納帳の数が一致していることから、調剤数は間違いないと考えている。
 患者が自宅で誤って2日分(4カプセル)を服用したか、2カプセル残っているのに空になったと勘違いし、PTP シートごと廃棄したと考えられ、第三者への曝露の可能性は考えにくい。空のPTP シートは自宅で廃棄されていたが、今後はレブメイトキットに入れて持参するように指導し、薬剤管理者の設定についても検討している。

記入例②)

11月8日に105capを調剤し薬袋に入れて患者に渡した。患者が自宅にて薬袋を確認し間違いなく105capがあったのは確認している。11月15日に服用しようとした際に5cap紛失していることに気付いた。家の中を探しても見つからなかったが、家から薬を持ち出したことはなく、第三者への曝露の可能性等は考えにくい。また、妊娠の可能性のある同居人はいない。薬剤の管理について再度指導を行い、今後はレブメイトキットを使用することとした。

- ⑧ 第三者への薬剤曝露の可能性が高い(例: 同居している家族が誤って服用した可能性が高い等)と考えられる場合は、その理由をご記載いただき有を選択してください。
- ⑨ 紛失者より第三者への譲渡をしていないと聴取できた場合には、「無」を選択してください。
- ⑩ 紛失者が「患者」または「薬剤管理者」の場合は、情報をご記入ください。