ご使用になるFAX機の「原稿の画質」は
「写真」ではなく「文字」で送信してください。

医師 ➡ 薬剤師 ➡ RevMate®センター宛 FAX：0120-021-507
TEL：0120-071-025

80017

RevMate®遵守状況確認票 a未成年男性

□ 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。

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（退院時含む） □ 入院 □	薬剤切替時の説明済	□
患者同意の取得	取得した（初回、薬剤・区分変更時） □ 取得済 □	薬剤管理者設置要否	設置 □ 省略 □	処方状況	処方 □ 休薬 □ 服用中止* □

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	医師確認 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 □	
避妊	● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる（服用中止4週間後まで） ● 有効な避妊措置方法 ● 妊婦との性交渉は完全に控える（服用中止4週間後まで） ● 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 □	
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 ● 服用中止後の残薬は、薬剤部（院内薬局）に返却する ● 本剤を廃棄してはならない ● 本剤を紛失しないよう管理する	はい □	
処方内容	ポマリスト® 投与規格 / 投与量 / 処方日数 / 残薬 / 処方数量 1剤目 □.□ mg □□ カプセル/日 × □□ 日 − □□□ カプセル = □□□ カプセル 2剤目 □.□ mg □□ カプセル/日 × □□ 日 − □□□ カプセル = □□□ カプセル		
次回処方予定日	20□□ 年 □□ 月 □□ 日		
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 □	

2. 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 □
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 □

3. 薬剤師記入項目：		
処方医師の記載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 □
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 □

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スト®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。
＊男性患者さんが服用を中止する場合、責任薬剤師から中止後確認調査票（A男性：様式31）をお渡しのうえ、4週間後に記入して処方医師または責任薬剤師へ提出するよう患者さんに説明してください。
以上で処方要件の確認は終了です。

RevMate®は米国Celgene Corporation（Bristol-Myers Squibbの関係会社）の登録商標です。