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

80012

RevMate®遵守状況確認票 C未成年女性

□ 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。

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　● 無月経の場合でも、避妊措置をとる ● 妊娠反応検査を実施する（服用開始時、治療中は4週間を超えない間隔ごと、服用中止時、服用中止4週間後） ● 妊娠した、もしくは妊娠した可能性がある場合はただちに服用を中止して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　● 本剤を廃棄してはならない ● 飲み残した本剤の残薬数を通院時に処方医師に伝える　● 本剤を紛失しないよう管理する ● 服用中止後の残薬は、薬剤部（院内薬局）に返却する	はい □	
処方内容	レブラミド® 投与規格 □□.□ mg　投与量 □□ カプセル/日 × 処方日数 □□ 日 − 残薬 □□□ カプセル = 処方数量 □□□ カプセル 1剤目 2剤目		
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（含む、新規患者さんの場合）※責任薬剤師が確認する場合、○は不要	はい □	

2. 妊娠反応検査、月経の確認：

①本剤の服用開始4週間前の妊娠反応検査の結果をご記入ください 4週間以上前から性交渉を控えている場合は「不要」に○を記入してください	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	陰性 □ 不要 □
②今回または4週間以内の妊娠反応検査実施日および結果をご記入ください （初回処方前においては、処方開始3日前から処方日までのいずれかの実施日をご記入ください）	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	陰性 □ 陰性以外 □
③次回妊娠反応検査予定日をご記入ください （②の妊娠反応検査実施日から4週間以内の予定日をご記入ください）	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	
④最終月経開始日をご記入ください	20□□ 年 □□ 月 □□ 日	

3. 避妊措置状況の確認：

4週間前から性交渉を控えるか、以下の方法で男女とも避妊を行っていた
女性：経口避妊薬、子宮内避妊器具、両側卵管結紮術のいずれかを実施　**男性：**必ずコンドームを着用

医師確認　はい □

4. 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 □

5. 薬剤師記入項目：

処方医師の記載内容（妊娠反応検査の実施と結果含む）、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（含む、新規患者さんの場合）　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。
＊C未成年女性は、服用中止4週間後も妊娠反応検査が陰性であることの確認が必要です。
患者さんへ4週間後に妊娠反応検査のため来院するよう説明してください。
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。