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

80060

# 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。

医療機関名

東和薬品

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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. 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 □ 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 □ 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

今回判定日 20□□ 年 □□ 月 □□ 日　次回検査予定日 20□□ 年 □□ 月 □□ 日

③ □ 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

※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 | 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<br>● 献血の禁止 | はい □ | |
| 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>● 服用中止後の残薬は、薬剤部（院内薬局）に返却する<br>● 本剤を廃棄してはならない<br>● 本剤を紛失しないよう管理する | はい □ | |

処方内容

| ポマリドミドカプセル「トーワ」 | 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

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 □ |
| **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 □ |

## 4. 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 □ |
| 患者さんに薬剤に関する必要な説明を行った | | 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ドミドカプセル「トーワ」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。

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