RevMate®センター行き （FAX:0120-021-507　TEL:0120-071-025）

RevMate®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。

□ 初回提出　□ 再提出			報 告 日	年　月　日	
医 療 機 関 名					
報　告　者	□ 処方医師 □ 責任薬剤師	報告者氏名 及び登録 ID			
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	□ 医療関係者 □ 患者 □ 薬剤管理者	紛失場所			
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 年　月　日	患者の年齢 歳	薬剤管理者の有無 有　／　無	薬剤管理者の年齢 ※薬剤管理者が有の場合のみ 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、素手で触れた等の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。

RevMate®およびレブメイト®米国 Celgene Corporation（Bristol-Myers Squibb の関係会社）の登録商標です

RevMate®センター行き （FAX:0120-021-507 TEL:0120-071-025）

RevMate®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	□初回提出 □再提出	②	報告日	年 月 日	
③	医療機関名				
④	報告者	□処方医師 □責任薬剤師	報告者氏名及び登録ID		
⑤	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
⑥	紛失者	□医療関係者 □患者 □薬剤管理者	⑦ 紛失場所		
⑧	紛失状況等*1				
⑨	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 （ ）			
⑩	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			
⑪	調剤日 年 月 日	患者の年齢 歳	薬剤管理者の有無 有 ／ 無	薬剤管理者の年齢 ※薬剤管理者が有の場合のみ 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、素手で触れた等の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。

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

様式26（ver.xx）

① 本報告事例について初回提出であるか再提出か✓してください。

② RevMate センターに送付する日をご記入ください。

③ 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。

④ 報告者に✓し、お名前または登録 ID をご記入ください。処方元以外で RevMate 未登録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。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 紛失場所をご記入ください。例）自宅、薬剤部、血液病棟など

⑧ 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。家の中を探す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。

⑨ 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。

⑩ 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。

⑪ 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。