

【ゼローダを処方された先生方へ】このシートは外来患者様の情報を保険薬局と共有するために利用されます。患者様にお渡して保険薬局に提出してもらってください。(※患者様が入院されている場合、このシートは先生ご自身のチェックシートとしてご利用ください)

FAX送信先 国立病院機構岩国医療センター薬剤部 0827-35-5895

ゼローダ錠300mgに関する情報共有シート【B法・併用療法:14日間投与7日間休薬】

保険薬局様へ情報提供のお願いです。ゼローダの治療について本様式に従った確認・副作用評価をお願いいたします。本情報共有シートは岩国医療センター薬剤部(0827-35-5895)までFAXをお願いいたします。お忙しい中とは存じますがご協力の程、よろしくをお願いいたします。

情報提供依頼医師名	テスト医師	依頼日	2016年03月17日
-----------	-------	-----	-------------

ご確認・評価いただく患者様の情報

患者ID	9999	患者氏名	岩国 太郎					
生年月日	〇〇年××月△△日	年齢	73	性別	男性			
ゼローダ投与量	1回量	1日量	腎機能を考慮した場合の1回量	腎機能を考慮した場合の1日量	身長	166.0	cm	
標準投与量	1500 mg (5錠)	3000 mg (10錠)	1200mg (4錠)	2400mg (8錠)	体重	58.0	kg	
1段階減量	1200 mg (4錠)	2400 mg (8錠)	900mg (3錠)	1800mg (6錠)	体表面積(DuBois式)	1.64	m ²	
2段階減量	900 mg (3錠)	1800 mg (6錠)	600mg (2錠)	1200mg (4錠)	血清クレアチニン値	1.21	mg/dL	
血液の副作用 (CTCAE Ver4)					体表面積補正eGFR	46	mL/min/1.73m ²	
白血球数	【○】グレード1以下		白血球数	46	×100/μL	体表面積未補正eGFR	44	mL/min
好中球数	【○】グレード1以下		好中球	37.8	%	CCr(CG式)	45	mL/min/1.73m ²
血小板	【○】グレード1以下		好中球数	17.388	×100/μL	体表面積未補正CCr	42	mL/min
			血小板	12.3	×10000/μL			
			PT-INR					

《 保険薬局様 ご確認内容・評価記入欄 》

●ゼローダ服用状況などの確認

処方歴	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 副作用で休薬後の再開
[再開の場合]休薬理由となった副作用の確認	<input type="checkbox"/> 同用量で2回目以上のグレード2の皮膚障害(1段階減量を検討) <input type="checkbox"/> その他のグレード3以上の副作用(1段階減量を検討) <input type="checkbox"/> 上記以外の副作用(1回目の皮膚障害など)		
標準投与量からの減量状況	<input type="checkbox"/> 減量なし <input type="checkbox"/> 1段階減量 <input type="checkbox"/> 2段階減量 <input type="checkbox"/> 3段階以上減量		
※「標準から3段階以上減量されている場合」や「減量の検討が必要な再開時等に減量されていない場合」に疑義照会をお願いします			
服用状況	<input type="checkbox"/> 服用できている <input type="checkbox"/> 服用できていない <input type="checkbox"/> その他		

●血液の副作用と併用薬の確認

血液検査結果でグレード3以上の副作用	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
※有りの場合は処方医師に疑義照会をお願いします		
ワルファリン製剤の併用(他院処方を含む)	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
[併用ありの場合]PT-INRの測定	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
[併用あり・INR測定なしの場合]出血症状	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
※ワルファリン製剤の併用があり、INRの測定がされていない状況で出血症状があれば疑義照会をお願いします		

●手足症候群の対応

次回受診までの保湿剤の処方・残薬	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
※保湿剤の処方・残薬がなかった場合は以下の処方を追加調剤することを「@USERNAME」が許可しています		
ヒルドイドソフト軟膏0.3% 25g 3本(※後発品の代替え可) 用法:1日3~5回 1回につき手と足に1FTU分ずつ塗布		

許可された保湿剤の追加調剤	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
薬局での手足の皮膚症状のヒアリング結果	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 皮膚の表面にチクチク感などがある程度(投与継続:G1) <input type="checkbox"/> 日常生活に制限がある痛みがある(休薬必要:G2) <input type="checkbox"/> 日常生活をできない痛みがある(休薬必要:G3)	
※日常生活の制限⇒ものがかめれないなど ※はっきりとした手足の痛みがある場合や痛みができた場合は次回受診時までゼローダを休薬してもらってください		

その他、何か処方医師に報告したいコメントがある場合はコメント欄ご記載ください

コメント欄

薬局名: 報告薬剤師名: 記載日: 年 月 日