

【タルセバ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

《タルセバ錠に関する情報共有シート》

保険薬局様へ情報提供のお願いです。タルセバ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、よろしく申し上げます。

情報提供依頼医師名	テスト医師B	依頼日	2016年3月17日
-----------	--------	-----	------------

ご確認・評価いただく患者様の情報

患者ID	8888	患者氏名	岩国 次郎					
生年月日	〇〇年××月〇〇日	年齢	65	性別	男性			
身長	169.0	cm	白血球数	38	×100/μ L			
体重	62.6	kg	好中球	50.3	%			
体表面積(DuBois式)	1.72	m2	好中球数	19.114	×100/μ L			
血清クレアチニン値	0.69	mg/dL	血小板	21.8	×10000/μ L			
体表面積補正eGFR	88	mL/min/1.73m2	PT-INR					
体表面積未補正eGFR	87	mL/min	血液の副作用 (CTCAE Ver.4)					
CCr(CG式)	95	mL/min/1.73m2				白血球数	【○】	グレード1以下
体表面積未補正CCr	94	mL/min				好中球数	【○】	グレード1以下
			血小板	【○】	グレード1以下			

《 保険薬局様 ご確認内容・評価記入欄 》

●タルセバ服用状況の確認

飲み忘れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> よくある
食事の1時間前から2時間後を避けた服用	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> 時々できない	<input type="checkbox"/> よくできない

●併用薬の確認(他院の処方も含みます)※併用されていても疑義照会の必要はありません

プロトンポンプ阻害剤	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
H2受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ワルファリン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

●皮膚障害対応(保湿剤)の確認

次回受診までの保湿剤の処方・残薬 あり なし

※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

ヒルドイドローション0.3% 50g 3本(※後発品での代替え可)
用法:入浴直後、体をふいたらすぐに塗布(顔・前胸部・背中・手足など乾燥しやすい部位にまんべんなく塗布)

許可された保湿外用薬の追加調剤 あり なし

●保険薬局での皮膚障害の評価

ざ瘡様皮疹(にきび) なし 膿疱あり 紅色丘疹あり

※症状ありの場合
体表面積でみた症状の広さ 10%未満(G1▽) 10~30%(G2▽・●) 30%以上(G3▽・●・★)

皮膚乾燥 なし あり

※乾燥ありの場合
紅班・掻痒の症状 症状なし(G1) 紅班のみ(G2▽) 掻痒あり

※掻痒ありの場合
体表面積でみた皮膚乾燥の広さ 30%未満(G2▽) 30%以上(G3▽・★)

掻痒がある場合の症状
軽度または限局性(G1▽)
激しいまたは広範囲だが間欠性(G2▽・○)
激しいまたは広範囲で常時(G3▽・○・★)

爪周囲炎 なし 発赤(G1▽) 腫脹(G1▽) 痛み 肉芽形成

※痛みまたは肉芽形成があった場合
日常生活の歩行困難 なし(G2▽・●・★) あり(G3▽・●・★)

日常生活の手作業 できる(G2▽・●・★) できない(G3▽・●・★)

上記で★のついた副作用 なし あり

※ありの場合
皮膚科受診 受診中 受診予定 受診なし(受診をすすめて下さい)

上記で▽▽○●のついた副作用 なし あり⇒別紙1に該当する処方を確認してください

※追加を提案した処方があればチェックしてください
「▽」処方 「▼」処方 「○」処方 「●」処方

※処方提案の結果、追加された処方があればチェックしてください
「▽」処方 「▼」処方 「○」処方 「●」処方

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に記載ください

コメント欄

薬局名:

報告薬剤師名:

記載日:

年

月

日

Rash Management用処方について

「タルセバ錠の適正使用を目的とした情報共有シート」を用いてRashの評価をされた際に▽・▼・○・●印のついた症状があった場合、各印に対応するRash Management用の薬剤が処方されているか確認をお願いします。もし、処方がなかった場合は医師に処方提案をお願いいたします。

『▽・▼・○・●印に対応する処方』(※後発品での対応も可能)

《▽印用の処方(STRONG class 軟膏)》

- ・リンデロンV軟膏5g 5本
用法 1日2回 朝・夜(入浴後)に患部にやさしく薄く延ばすように塗布

※塗布部位が顔の場合はMEDIUM classのロコイド軟膏で開始も可能

《▼印用の処方(VERY STRONG class 軟膏)》

- ・アンテベート軟膏5g 5本

《●用の処方(テトラサイクリン系抗生剤内服)》

- ・塩酸ミノサイクリンカプセル100mg 1回1カプセル(1日2カプセル)
用法 1日2回 朝・夕食後(タルセバと同日数分)

《○用の処方(抗ヒスタミン剤内服)》

- ・フェキソフェナジン塩酸塩錠60mg 1回1錠(1日2錠)
用法 1日2回 朝・夕食後(タルセバと同日数分)

どちらか一方
※部位と目的が違う場合は両方も可能

※処方提案の例

「タルセバ錠の適正使用を目的とした情報共有シート」で評価させていただいたところ、グレード2のざ瘡様皮疹がみられました。

Rash Management用処方に記載されているリンデロンV軟膏と塩酸ミノサイクリンカプセルの追加処方はいかがでしょう？

問題なければRash Management用処方の内容で追加調剤させていた

