

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤師(薬局)にご提出ください。

レプラミド®処方要件確認書

B 女性

年	月	日

45歳以上で、自然閉経から1年以上経過している。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
両側卵巢摘出術または子宮摘出術を受けている。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

レプラミド®の催奇形性に関して十分説明した	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
● 催奇形性リスクおよび胎児への影響		
● 献血の禁止		
保管・残薬に関して十分説明した	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
● 他人と共有または譲渡してはならない		
● 飲み残したレプラミド®および服用後の空のシートを通院時に持参する		
● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する		
● 2回目以降の処方時 レプラミド®の残薬数	あり <input type="checkbox"/> (cap)	なし <input type="checkbox"/>

添付文書の記載に従い、服用に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

処方要件をすべて「はい」であることを確認した (「薬子」に添付されていない場合、レプラミド®は処方できません)	医師確認 完了 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤師(薬局)にご提出ください。

レプラミド®処方要件確認書(初回処方用)

年	月	日

レプラミド®の催奇形性に関して十分説明した	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
● 催奇形性リスクおよび胎児への影響		
● 授乳の禁止(治療終了4週間後まで)		
● 献血の禁止		
避妊に関して十分説明した		
● 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる(治療終了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 (治療開始時、処方ごと、治療中止時、治療終了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 直ちに服用を中止して主治医に相談する		
保管・残薬に関して以下の点を十分説明した	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
● 他人と共有または譲渡してはならない		
● 飲み残したレプラミド®および服用後の空のシートを通院時に持参する		
● 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する		

4週間前および今回の妊娠反応検査の結果(陽性または陰性)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、4週間の妊娠反応検査は不要です。その場合、検査結果(4週間前)に「不要」とご記入ください。		

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	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

妊娠反応検査を実施し、結果は陰性であった。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
添付文書の記載に従い、服用に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

医師確認 完了 <input type="checkbox"/>

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

本用紙は、医師がご記入の上、薬剤部(薬局)にご提出ください。

レブラミド® 処方要件確認書(継続処方用)

年	月	日

レブラミド®の催奇形性に関して十分説明した

- 催奇形性リスクおよび胎児への影響
- 授乳の禁止(治療終了4週間後まで)
- 献血の禁止

避妊に関して十分説明した

- 性交渉を控えるか、有効な避妊措置をとる(治療終了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(処方ごと、治療終了時、治療終了4週間後)
- 妊娠した、あるいは妊娠した可能性がある場合は直ちに服用を中止して主治医に相談する

保管・残薬に関して十分説明した

- 他人と共有または譲渡してはならない
- 飲み残したレブラミド®および服用後の空のシートを通院時に持参する
- 治療終了後の残薬は薬剤部(薬局)に返却する

レブラミド®の残薬数

あり なし

(cap)

妊娠反応検査の結果(陽性または陰性)をご記入ください。

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、同卵着床薬のいずれかを実施)
[男性:必ずコンドームを着用]

はい いいえ

妊娠反応検査を実施し、結果は陰性であった。

添付文書の記載に従い、服用に際し血液検査等、問題となる所見がないことを確認した。

はい いいえ

はい いいえ

完了

以上で処方要件の確認は終了です。不確実な事項がひとつでもある場合は、処方せんを発行しないでください。

●調剤終了後の本用紙は、個人情報にご留意の上、保管してください。

RevMate®センター御中 (FAX:0120-XXX-XXX TEL:0120-XXX-XXX)

ハンディ端末不具合時 調剤申請書

- ①ご記入の上(本枠内必須)、「レブラミド®処方要件確認書」と一緒にRevMate®センターへFAXして下さい。
- ②「ハンディ端末不具合時 調剤申請書」に不備があった場合は、RevMate®センターより、担当薬剤師の方へ確認の電話をさせていただきますのでよろしくお願いたします。

申請日	年	月	日
不具合理由	<input type="checkbox"/> 端末の故障	<input type="checkbox"/> 端末の紛失	端末 ID
患者氏名	(フリガナ) (漢字)		患者 ID
施設名			担当薬剤師 (かかカナで記入)
連絡先	FAX: TEL:		処方数 (処方せんで確認して下さい) Cap
その他連絡事項 (処方医師に薬歴照会を行った場合は、必ずご記入ください) <input type="checkbox"/> 処方数量について問題がないことを処方医師に確認した。 <input type="checkbox"/> その他			

ハンディ端末不具合時 調剤諾否連絡書

責任薬剤師 様

連絡日: 年 月 日

返却薬剤受領書

様

レブラミド®の調剤を承諾します。服薬指導の後、お薬をお渡し下さい。

なお、以下の項目に留意し、患者様に服薬指導をお願いします。

- A. 男性です。: パートナーの妊娠に関して注意喚起をしてください。
- C. 女性です。: 妊娠に関して注意喚起をしてください。
- 遵守状況確認の実施時期です。「遵守状況確認票」を患者にお渡しください。
- 前回の「遵守状況確認票」が、未提出です。処方が中止される可能性がありますので、必ずご提出いただくよう指導してください。

レブラミド®の調剤はできません。

返却薬剤受領日	年 月 日
薬剤	レブラミドカプセル 5mg
数量	カプセル

返却頂いた薬剤は責任を持って廃棄いたします。

施設名: _____

患者氏名 (フリガナ) (漢字)	患者 ID					
		Cap				
施設名	処方数					

RevMate®センター

確認票交付日：20 年 月 日

これは、レブメイトが適正に運用されているか、レブメイトの手順が守られているか、確認するためのものです。
氏名、記入日、ID 番号のご記入とともに、該当する患者区分の質問事項にご回答いただき、レブメイトセンター宛の封筒に入れて、投函してください。
なお、ご協力いただけない場合は、レブラミド治療が中止となる可能性もあります。

個人情報情報は、レブメイト以外の目的に使用されることはありません。また、厳重に管理されます。

氏名		記入日	20	年	月	日
ID 番号	(レブメイトカードに記載されている 10 桁の番号をお書きください)。					

レブメイト® 遵守状況確認票

A. 男性の方へ

最近 2 カ月間のご自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。

(必ずどちらか一方に☑を付けてください)

なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべての A 男性を対象にしていますのでご了承ください。

	質問	回答	
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	献血をしましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	精子・精液を提供しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	過去 2 カ月の間、性交渉を控えるか、または適切な避妊を行っていましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございます。

B. 女性の方へ

最近 6 カ月間の自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。

(必ずどちらか一方に☐を付けてください)

	質 問	回 答	
		☐はい	☐いいえ
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	☐はい	☐いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	☐はい	☐いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	☐はい	☐いいえ
4	献血をしましたか	☐はい	☐いいえ

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。

C. 女性の方へ

最近 1 カ月間の自分の行動を思い出して、その実際の状況を教えてください。

(必ずどちらか一方に☐を付けてください)

なお、質問によっては、あなたの生活に当てはまらないこともあるかもしれませんが、この確認票はすべての C. 女性を対象にしていますのでご了承ください。

	質 問	回 答	
		☐はい	☐いいえ
1	家庭内でレブラミド(お薬)の管理を適切に行なっていますか	☐はい	☐いいえ
2	通院時には、空のシートも含めて残ったレブラミド(お薬)を病院に持参していますか	☐はい	☐いいえ
3	レブラミド(お薬)を他人へ譲渡したり、廃棄したことがありますか	☐はい	☐いいえ
4	献血をしましたか	☐はい	☐いいえ
5	授乳をしましたか	☐はい	☐いいえ
6	過去 1 カ月の間、性交渉を控えるか、またはパートナーとともに適切な避妊を行っていましたか	☐はい	☐いいえ
7	直近の妊娠反応検査の結果を教えてください	☐陽性	☐陰性

以上で確認は終了です。ご協力ありがとうございました。