保険薬局様へ

この用紙は当院薬剤部までFAXしてください

服薬情報提供書 (アダリムマブBS皮下注ペン自己注射チェックシート)

Ver.20230913

担当医

科

先生

* 確認した項目について、その評価を確認欄に○△×にてご記入いただき、適宜コメント等記載のうえ、当院薬剤部までFAXしてください。

京都第二赤十字病院薬剤部 直通TEL:075(212)6940 FAX:075(212)6113

		問題なし:○	やや不安あり:△	不安あり:×	確認 (○△×)
アドヒアランス	1	用法・用量を正しく理解している (用法・用量:)			
	2	用法・用量を守って注射している			
準備	3	冷蔵庫から取り出し、室温で15-30分置いておく			
注射	4	注射する場所を正しく選ぶことができる(腹部、大腿部) * 前回注射したところから3cm以上離す * 皮下脂肪が少ない場合は皮膚の摘みやすい場所を選ぶ * 乾癬の部位や皮膚が赤くなっていたり、傷があったり、硬くなっている場所には注射しない			
	5	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する			
	6	黄色の注射針カバーを外す			
	7	皮膚に対して垂直に、しっかり押し込む * 皮膚を指で引き伸ばして、ペンの先端に密着させる			
	8	青色の注射ボタンを押し、注射をする(「カチッ」という音が注射開始の合図) * ペンを皮膚に押し当てたまま約10秒待つ			
	9	注射器を抜く * 2回目の「カチッ」という音の確認、確認窓が黄色に変わっていることの確認			
	10	注射部位をアルコール綿で押さえる(腫れることがあるので、もまない)			
廃棄	11	ペンはキャップをせずに専用の廃棄容器(廃棄袋)に廃棄する * 後日まとめて医療機関に持参する			
保管と管理	12	使用前は箱のまま冷蔵庫で保管する(凍結させないように注意)			

【確認日】 年 月 日 【服薬情報提供に関する患者の同意】 あり なし

【患者ID】 【保険薬局名(TEL)・担当薬剤師】

【患者名】 様

【確認回数】 初回 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ ()回目

【コメント】