

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 (シムジア 皮下注オートクリックス 自己注射チェックシート)

Ver.20200407

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	箱のまま冷蔵庫から取り出し、室温に戻す(30分程度が目安)	
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、上腕部) * 前回注射したところから3cm以上離す * 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 * へその周り5cmには注射しない ※上腕部に注射するときは、介護者等が注射する	
	5	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	6	キャップを外し、注射部位に対して90度の角度で押し当てる	
	7	「カチッ」と鳴るまで押し込む * ロックが解除され、薬液の注入が始まる	
	8	2回目の「カチッ」が鳴るまで押し当て続ける * 注入が終わると、窓がオレンジ色に変わる	
廃棄	9	注射部位をアルコール綿で10秒間ほど押さえる(もまない)	
	10	キャップをせずに専用の廃棄容器に廃棄する(キャップは家庭ゴミとして廃棄可) * 後日まとめて医療機関に持参する	
保管と管理	11	使用前は箱のまま冷蔵庫で保管する(凍結させないよう注意)	

【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】