

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 (エタネルセプトBS皮下注ペン 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	注射の15~30分前にペンを冷蔵庫から出し、室温に戻しておく	
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、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	
	5	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	6	ペンのキャップを外し、ペンの先端部を皮膚に直角に押し当てる	
	7	注射をする * ペンの青い先端が十分に押し込まれた状態にする * 「カチッ」と音がなると注射が始まるのでそのまま約10秒間待つ	
	8	注射器を抜く * 約10秒後、薬液表示部が、50mgペンの場合は青色、25mgペンの場合は黄色、に変化したことを確認してからペンを直角に離す(注射終了直前にも「カチッ」と音がなるが、注射が終わった合図ではない)	
	9	注射部位をアルコール綿で押さえる(もまない)	
廃棄	10	本体は専用の廃棄容器に廃棄する * 後日まとめて医療機関に持参する	
保管と管理	11	使用前は箱のまま冷蔵庫に保管する(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】