

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 (オスタバロ<sup>皮下注カートリッジ</sup>自己注射チェックシート)

Ver.20230620

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	毎日決まった時間に注射をする			
準備	2	電源ボタンを2秒長押し、画面の案内に沿って製剤カートリッジを取り付ける(14日に1回)			
	3	保護カバーを開いてゴム栓部分をアルコール綿で消毒する			
	4	初回投与時は「空打ち」を行う(製剤カートリッジの初回取り付け時のみ)			
注射	5	注射する場所を正しく選ぶ(腹部以外は不可) * へそ周り約5cmより外側に注射する * 前回注射したところから3cm以上離す			
	6	注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する			
	7	注射をする(画面の案内に沿って、注射ボタンを2秒長押し)※注入中はランプが点滅する			
	8	注射器を抜く(注射完了画面が出たら注射部位から垂直に離す)			
	9	画面の案内に沿って針を外し、保護カバーを閉じ電源を切る			
廃棄	10	使用済みの注射針及び製剤カートリッジは専用の廃棄容器に廃棄する * 注射針は毎回交換する * 使用済みの注射針及び製剤カートリッジは後日まとめて医療機関に持参する * 注射器本体の廃棄については、医療機関に持参または各自治体に従う			
保管と管理	11	注射後は、すぐに冷蔵保存ケースに入れて冷蔵庫に保管する * 凍結させないよう注意する(凍結した場合は廃棄する) * うっかり室温に放置していた場合は、温度や時間の影響により使用継続ができない場合もあるため、医療機関またはメーカーサポートセンターへ問い合わせる			
	12	使用開始から14日経過した場合は、薬液が残っていても廃棄する			

【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】