

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 (トルリシテイ皮下注アテオス 自己注射チェックシート)

Ver.20190521

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 週1回、同じ曜日に注射をする (曜日:) * 投与をし忘れた場合、 ・次回投与までの期間が3日間(72時間)以上ある場合:気づいた時点ですぐに投与し、その後はあらかじめ定めた曜日に投与する ・次回投与までの期間が3日間(72時間)未満の場合:投与せず、次のあらかじめ定めた曜日に投与する * 週1回投与の曜日を変更する必要がある場合は、前回投与から少なくとも3日間(72時間)以上間隔を空ける	
注射	2 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	
	3 注射する場所をアルコール消毒綿で消毒する	
	4 キャップを外し、底面を皮膚に垂直にしっかりとあてて、ロックを解除する	
	5 注入ボタンを押す(1度目の「カチッ」という音が薬液注入開始の合図) * 注射中に注入ボタンを押し続ける必要はない	
	6 注射器を皮膚から離す(2度目の「カチッ」という音が薬液注入終了の合図) * 透明な部分に灰色のゴムピストンが現れたことを確認 * 薬液の注入は10秒以内に完了	
	7 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)	
廃棄	8 専用の廃棄容器(ない場合はプラスチックケース等)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	9 使用前は冷蔵庫で保管する(凍結させないよう注意) * 冷蔵庫が使用できない場合、室温(1~30℃)で14日間まで保管可能	

【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】