

サレド[®]カプセル 100

Thalidomide
Education and
Risk
Management
System
(TERMS[®])

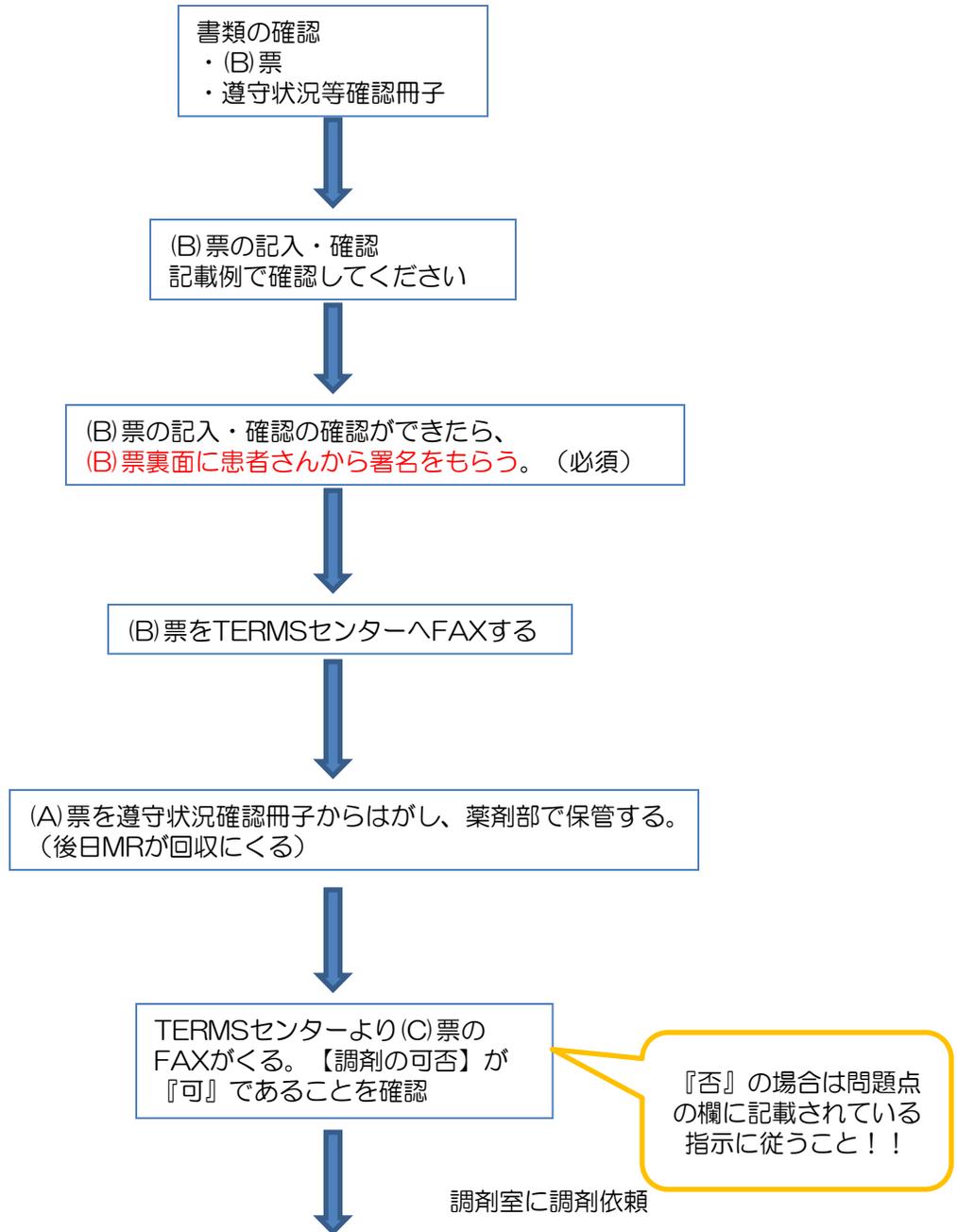
調剤手順

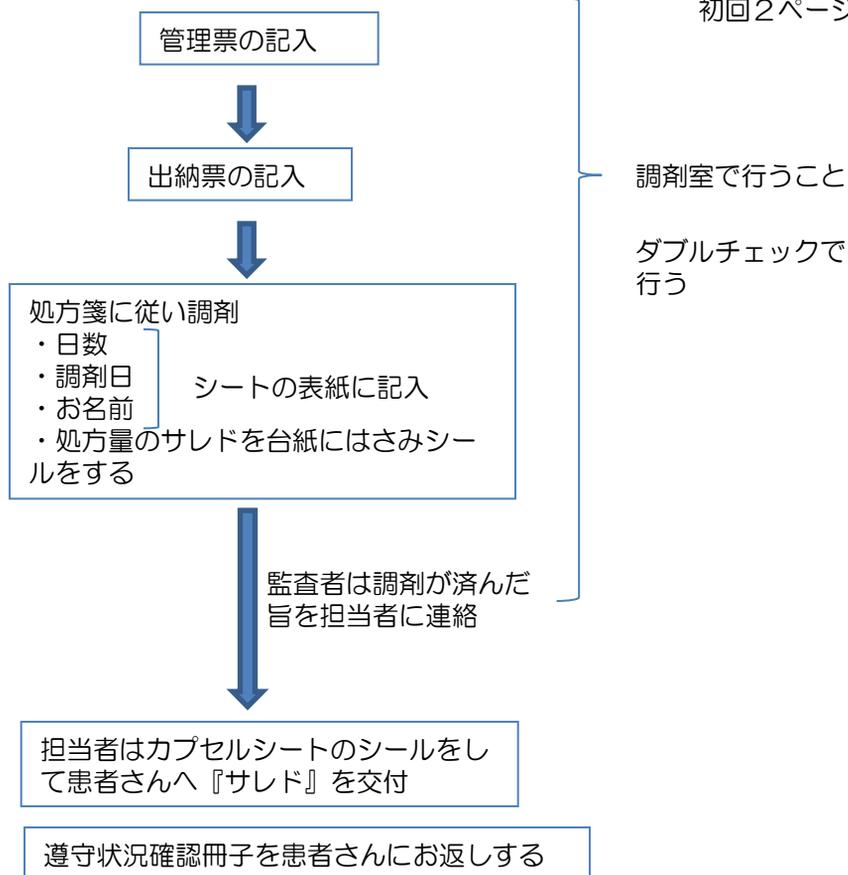
国立国際医療研究センター病院
薬 剤 部



NCGM
National Center for Global Health and Medicine

初回交付時 調剤手順





書類の確認
・カプセルシート
・(B)票
・遵守状況等確認冊子

残薬なし

残薬あり

・カプセルシートから服薬状況欄を切り離し患者さんにお渡しする。
・服用済みの空シートは破棄する

・実際の残数が(B)票に記載と整合性がとれているか、確認する

・カプセルシートから服薬状況欄を切り離し患者さんにお渡しする。
・服用済みの空シートは破棄する
・残薬はカプセルシートから取り外しておく

(B)票の記入・確認
記載例で確認してください

(B)票の記入・確認の確認ができたなら、
(B)票裏面に患者さんに署名をもらう。(必須)

(B)票をTERMSセンターへFAXする。

残薬なし

残薬あり

(B)票を保管する

(A)票を遵守状況確認冊子からはがし、薬剤部で保管する。(後日MRが回収にくる)

TERMSセンターより(C)票の
FAXがくる。【調剤の可否】が
『可』であることを確認

『否』の場合は問題点
の欄に記載されている
指示に従うこと！！

残薬なし

調剤室に調剤依頼

残薬あり

回収した残薬と(B)票
をもって調剤室へ

管理票の記入

出納票の記入

調剤室で行うこと

ダブルチェックで
行う

処方箋に従い調剤（残薬がある場合は一
緒にはさみこむ）

- ・日数
 - ・調剤日
 - ・お名前
 - ・処方量のサレドを台紙にはさみシール
をする
- シートの表紙に記入する

監査者は調剤が済んだ
旨を担当者に連絡

担当者は患者さんへ『サレド』を交付

遵守状況確認冊子を患者さんにお返りする

残薬あり

(B)票を保管する

FAX: 0120-007-121

遵守状況等確認票(B)

女性患者 C

処方	下記処方内容につき受理いたしました。	記入日	2008年04月15日
患者登録番号	01001001	処方薬剤登録番号	0100101
必要数量	1Cap/日 × 14日	未服用薬数量	1Cap
		今回処方数量	13Cap
		紛失数量	0Cap

Dr 記入済

2回目以降
毎回確認

注意事項

確認事項

	薬剤師	患者		薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5	<input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 問題があったので説明 を受けて理解した
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	6	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
			7	<input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 問題があったので説明 を受けて理解した

毎回確認

女性患者Cのみ
: 毎回確認

【薬剤師記入欄】	上記の事項等を確認しました	記入日	2008年 月 日
新規必要数量	Cap	薬剤師署名	
		未服用薬数量	Cap
		責任薬剤師 登録番号	

記入する

【患者さん記入欄】	上記の事項等を確認しました
患者署名	裏面にご記入ください
患者登録番号	

患者さんが
記入

(B) 票裏面に患者さんから署名をもらう

FAX: 0120-007-121

遵守状況等確認票 (B)

男性患者

女性患者 B

処方 下記処方内容につき受理いたしました。

記入日 20 年 月 日

処方医師 登録番号

処方医師

患者 登録番号

必要数量 Cap/日 × 日 未服用薬数量 Cap 今回処方数量 Cap 紛失数量 Cap

Dr 記入済

注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

確認事項

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

2回目以降
毎回確認

毎回確認

チェックは該当する に のようにペンにて記入し、該当した場合には を記入してください。

【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

新規必要数量 Cap

記入日 20 年 月 日

薬剤師署名

未服用薬数量 Cap

責任薬剤師 登録番号

記入する

【患者さん記入欄】

上記の事項等を確認しました

患者署名 裏面にご記入ください

患者 登録番号

患者さんが
記入

(B) 票裏面に患者さんから署名をもらう