

CPMSチェックリスト

転院先医療機関 必要事項チェック用

目次

- ◎ チェックリスト④ **転院後 患者登録**(転院先用)
- ◎ チェックリスト⑤ **転院後 投与開始**(転院先用)
- ◎ 参考:eCPMS入力画面① **登録票**
- ◎ 参考:eCPMS入力画面② **報告書**

注意

患者登録後、次回検査期限までに検査の報告(検査日=報告書送信日)を行った上で投与を開始してください。患者登録と検査の報告は同日(検査日)に行うこともできます。検査日より前に患者登録を行う場合は、**転院元の直近の検査値**を引き継ぎ、入力してください。

患者登録に必要な項目		入力内容	チェック		
準備項目	本人または代諾者に文書によって説明し文書で同意を得ること(再同意) …説明文書および同意書は「 クロザリル適正使用委員会のWeb site 」から入手ください。				
	転院元医療機関より、患者登録に必要な患者情報を引き継ぐ				
	eCPMSを操作する(インターネットに接続できる)パソコン				
	eCPMS(PostMaNet モニタリング)のURL …医療従事者のCPMS登録後、メールで送付				
	eCPMSのログインID、パスワード …医療従事者のCPMS登録後、郵送で送付(登録完了通知書に記載)				
eCPMS 入力項目	患者イニシャル(姓・名)	姓: 名:			
	(患者名等…患者氏名やカルテ番号など)無記入可				
	性別	男 女			
	血液型	A B O AB			
	生年月日	西暦 年 月 日			
転院元から 引き継ぐ	【クロザリル治療歴】は 継続(転院) にチェックを入れる(旧患者登録番号は不要)				
	直近の検査実施日	西暦 年 月 日			
	直近の白血球数 (4000/mm ³ 以上)		/mm ³		
	直近の好中球数 (2000/mm ³ 以上)		% or /mm ³		
	直近の血糖値(空腹時または随時)	血糖値・HbA1cの検査 実施日は、白血球数・好 中球数と異なる日でも可	空腹時・随時	mg/dL	
	直近のHbA1c(NGSP値)			%	
	糖尿病内科医との相談(プロトコルCの場合必須)		有 無		
	同意取得日	西暦 年 月 日			
	転院元から 引き継ぐ	治療抵抗性を示した 前治療薬2種類以上 …反応性不良と耐受性不良のどちらか 一方または両方	反応性不良 抗精神病薬1	薬剤名	
				投与量	mg/日
CPZ換算量				mg/日	
反応性不良 抗精神病薬2			薬剤名		
		投与量	mg/日		
		CPZ換算量	mg/日		
□反応性不良の場合 ・薬剤名(1種類以上非定型) ・投与量 ・CPZ換算量(一部自動計算)		耐受性不良	薬剤名		
			副作用		
	非定型 抗精神病薬1	副作用			
		副作用			
□耐受性不良の場合 ・薬剤名(非定型) ・副作用の内容 ※治療抵抗性の定義については、添付文書またはクロザリル適正使用ガイドスをご参照ください ※リスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、バリペリドン、プロナセンリンはCPZ換算量の自動計算機能付きです	耐受性不良	薬剤名			
		副作用			
	非定型 抗精神病薬2	副作用			
		副作用			

チェックリスト⑤ 転院後 投与開始(転院先用)

注意

転院先医療機関で投与を開始する際には、患者登録だけでなく検査の報告も必要です。**次回検査期限までに**採血・検査を行い、**検査実施当日中に**報告書を送信してください。その後、転院先において投与を開始することができます。患者登録と検査の報告は同日(検査日)に行うこともできます。

投与開始(初回報告)に必要な項目		入力内容	チェック	
準備項目	eCPMSで患者登録が完了している			
	クロザリルの納入が完了している			
eCPMS 入力項目	検査実施日(本日)	西暦 年 月 日		
	本日の白血球数	/mm ³		
	本日の好中球数	% or /mm ³		
	本日の血糖値(空腹時または随時)	空腹時・随時 mg/dL		
	本日のHbA1c(NGSP値)			%
	糖尿病内科医との相談 (プロトコールCの場合必須、プロトコールBは必要に応じて)	<input type="checkbox"/> Cだが継続 <input type="checkbox"/> Bの間隔に変更し継続 <input type="checkbox"/> Aの間隔に変更し継続		
	【クロザリル処方】は継続または投与開始にチェックを入れる			
	【次回検査予定日】は、次回検査期限を超えない	西暦 年 月 日		
	【今回の投与日又は投与開始日】は、投与開始日を入力する	西暦 年 月 日		
	【今回の投与量】は、今回の処方の初日の用量を入力する。	mg/日		
【投与日数】は、次回検査日までの日数である	日分			

報告書番号0001以降: 報告書

CPMS 利用者ID CPMS39398D 利用者名 てすと登録医 先生 ログイン 2015/12/17 11:23:15 前回ログアウト -----/---/---:--

報告書入力 ログアウト | 調査テーマ選択 | 機能選択メニュー | 患者一覧 | 報告書一覧 |

報告書名: クロザリル患者モニタリング 施設名: クロザリルCPMS病院 承認者: 承認-送信者:
 患者登録番号: 0016-005 患者イニシャル(性別): SG(女) 生年月日: 1990/09/10 血液型: B 患者登録日: 2012/03/12
 一次承認日:

報告書ID: 報告書0002 進捗状況 記載可能 承認 血液検査確認書 下書き保存

作業中断の際には下書き保存を行ってください。↑

【過去の検査値】

検査実施日	白血球数	好中球数
過去3週間の白血球数/好中球数		

【検査値】

検査実施日	2015 年 12 月 17 日	
白血球数	/mm ³	
好中球数	% 計算 → 実数値 /mm ³	パーセンテージを入力し、「計算」ボタンをクリックすると実数値を補填入力します。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	mg/dL	次回の検査予定日は、2012/05/15 です。
HbA1c(NGSP値)	%	次回の検査予定日は、2012/05/15 です。
検査頻度	判定	【血糖値】もしくは【HbA1c(NGSP値)】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると検査頻度が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
内科医と相談	<input type="checkbox"/> クロザリルの継続可否 <input type="checkbox"/> プロトコルC患者であるが、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコルBの隔隔に変更し、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコルAの隔隔に変更し、継続投与する。	プロトコルCで本薬剤を継続投与する場合は、必ず内科医に、その妥当性を相談してください。 検査頻度を変更する場合は、その理由をコメント欄に入力してください。

【検査結果判定】

クロザリル処方	投与	<input type="checkbox"/> 継続または投与開始 <input type="checkbox"/> 白血球数が過去3週間の最も高い値より3,000/mm ³ 以上減少したが著しい低下と判断しない	処方一つ選んでください。
	休業	<input type="checkbox"/> 症状改善のため休業 <input type="checkbox"/> 有害事象のため休業 <input type="checkbox"/> 来院せずのため休業 <input type="checkbox"/> その他理由による休業	
	投与中止	<input type="checkbox"/> 症状改善のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 有害事象のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 効果不十分のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 検査値異常のため投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他理由による投与中止または中止後のフォローアップ	
	検査終了	<input type="checkbox"/> 投与中止患者のフォローアップ期間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 休業4週間経過のため終了 <input type="checkbox"/> 同意撤回のため終了 <input type="checkbox"/> 来院せずのため終了 <input type="checkbox"/> その他理由による終了	
	転院	<input type="checkbox"/> 転院	

【転院先医療機関】

転院先医療機関名		転院の場合は必ず入力してください。
転院先医療従事者名		転院先医療機関の連絡先となるCPMS登録医療従事者名を入力してください。 不明な場合は空欄にしてください。
クロザリル継続の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	転院の場合は必ず入力してください。

【次回検査期限】

次回検査期限	判定 までに検査実施。	【検査値】と【検査結果判定】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると次回検査期限が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
次回検査予定日	年 月 日	隔週検査 移行予定日 判定

【処方】

今回の投与日又は投与開始日	2015 年 12 月 17 日	
今回の投与量	投与量 me/日 前回の投与量 125 me/日 投与日数 日分	投与量: 今回の処方の初日の用量を入力してください。 投与日数: 次回検査予定日までの日数を入力してください。

【コメント】

コメント		【クロザリル処方】項目の「有害事象のため」を選択した場合は、その有害事象名を入力してください。「その他理由」を選択した場合は、その内容を入力してください。
------	--	---