FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部

FAX:千葉県がんセンター薬剤部宛043-265-4545

**＜注意＞　このFAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

**緊急性のある疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

千葉県がんセンター　御中 報告日：　　　年　　月　　日

トレーシングレポート【免疫関連有害事象（irAE）報告用】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号：  印 |
| レジメン名（薬剤名）： | 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た 　　□得ていない  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告します。 | |

下記の通り、ご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 【副作用モニタリング】　該当する症状に☑してください。 | |
| 有害事象 | 主な症状 |
| 1. 間質性肺疾患 | □息切れ　□空咳　□呼吸苦　□発熱　□喘鳴 |
| 1. 重症筋無力症・心筋炎 | □筋力低下　□眼瞼下垂　□複視　□悪寒　□筋肉痛　□胸の痛み |
| 1. 大腸炎・重度の下痢 | □下痢　□腹痛　□悪心・嘔吐　□タール便　□血便 |
| 1. 1型糖尿病 | □口渇　□多飲多尿　□尿糖試験紙で陽性　□体重減少 |
| 1. 重度の皮膚症状・粘膜炎 | □全身の発赤・皮疹　□水疱　□生活に支障のある口腔粘膜炎　□結膜充血 |
| 1. 神経障害 | □手足の痺れ　□感覚異常　□手足の震え、脱力 |
| 1. 腎機能障害 | □浮腫　□尿量減少　□食欲不振　□貧血　□血尿 |
| 1. 肝障害 | □倦怠感　□黄疸　□皮膚掻痒感 |
| 1. 甲状腺機能障害 | □寒気　□浮腫　□発汗増加　□体重増減　□頻脈・動悸　□手指振戦 |
| 1. 副腎障害 | □倦怠感　□悪心・嘔吐　□低血圧　□思考散乱　□判断力の低下 |
| 1. 血栓・塞栓症 | □浮腫　□熱感　□局所疼痛　□呼吸苦　□胸痛　□皮膚・唇・爪が青紫色に変色 |
| 【選択した症状についての詳細内容】 | |
| 【その他】上記以外の症状があれば下記に記載をしてください。 | |
| 【薬剤師としての提案事項】 | |
| 【※緊急を要する副作用を発見した場合】　該当する症状：  □直接医師へ連絡した  □患者さんに病院へ連絡・受診してもらうよう勧めた | |