

DRUG



INFORMATION

2014 No. 7

平成26年7月11日発行

PDE5 阻害薬処方時における確認書の運用開始について

岐阜大学医学部附属病院・薬剤部
医薬品情報管理室
(内線7083)

PDE5 阻害薬処方時における確認書の運用開始について

当院では 6 月の薬事委員会において、排尿障害改善薬である「ザルティア錠 5mg」(成分名：タダラフィル)が採用となりました。本剤は常用量では排尿障害を改善する薬剤ですが、高用量で服用することにより ED 治療薬と同等の効果を示す薬剤でもあります。従って、不適切な使用（適応外使用を目的とした処方依頼や他人への譲渡・転売など）が危惧されるため、当院では『確認書』を用いた運用を実施することと致しました（資料 1、2 参照）。

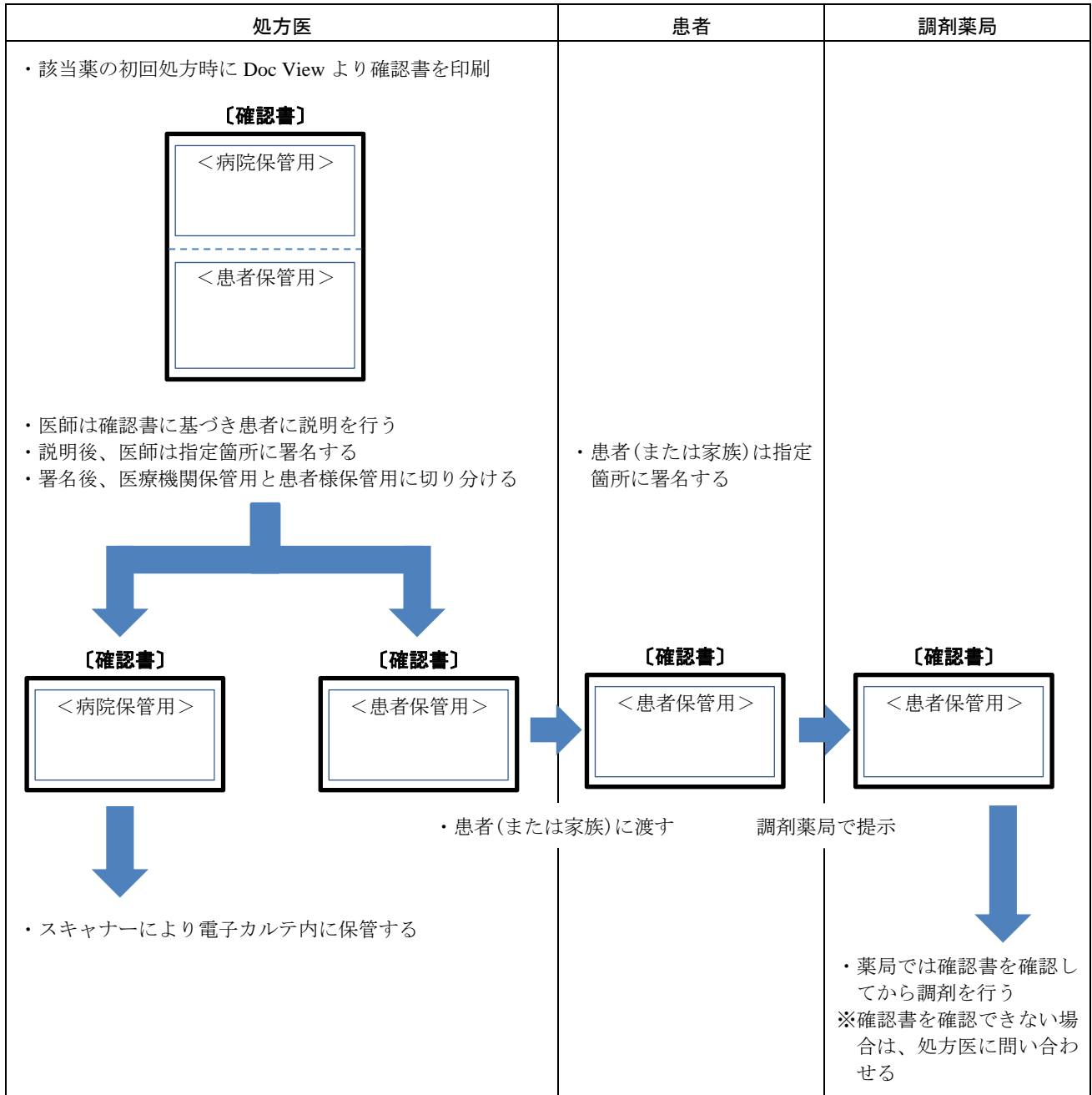
患者様には、診察時に医師からの説明の後、『確認書』の指定箇所に署名をして頂きます。その後、医師から『確認書(患者様保管用)』が交付されますので、調剤薬局では『確認書』を確認してから調剤を行って下さい。『確認書』を確認できない場合は、処方医に問い合わせをして頂きますようお願い致します。

なお、本運用については資料 1 に示すように、従来から採用されている他の PDE5 阻害薬（肺高血圧症治療薬、ED 治療薬）についても同様に実施することと致します。お手数をおかけしますが、医薬品の適正使用のためご協力をお願い致します。

ご不明な点がございましたら、薬剤部・医薬品情報管理室（TEL：058-230-7083）までご連絡下さいますようお願い致します。

資料 1. PDE5 阻害薬処方時における確認書の作成と運用手順

- 【該当薬】 排尿障害改善薬 : ザルティア錠
 肺高血圧症治療薬 : レバチオ錠、アドシルカ錠
 ED 治療薬 : バイアグラ錠、レビトラ錠、シアリス錠



※注意事項

- ・ 確認書の有効期限は1年間とする。1年を超えて処方継続する場合は確認書を再発行すること。

《ザルティア錠処方時の確認書》

患者様確認事項

私は、処方医から以下の内容について説明を受け、その内容を理解しました。

1. 処方を受けるザルティア錠は排尿障害の治療に用いる薬であること。
2. 用法は1日1回、1回1錠(5mg)までであること。
3. ご家族および他人に譲渡できないこと。

確 認 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 様 お 名 前 (自 署) : _____

(ご家族又は代諾者等、自署) : _____ (続柄 : _____)

医師確認事項

上記の患者様に関し、以下の事項を確認しました。

1. 適応は「前立腺肥大に伴う排尿障害」であること。
2. 上記の診断確定のために必要な検査が実施済であること。

確 認 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

処 方 医 氏 名 (自 署) : _____

医 療 機 関 名 : 岐阜大学医学部附属病院

連 絡 先 : 058-230-6000

患者様のお名前は自署にしてください。

なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人の了承の上、ご家族又は代諾者等の自署をお願いします。

本確認書は医療機関にて保管して下さい。

確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は再度患者様に説明し、再発行して下さい。

----- 切り取り線 -----

ザルティア錠処方時の確認書 (患者様保管用)

《ザルティア錠処方時の確認書》

患者様確認事項

私は、処方医から以下の内容について説明を受け、その内容を理解しました。

1. 処方を受けるザルティア錠は排尿障害の治療に用いる薬であること。
2. 用法は1日1回、1回1錠(5mg)までであること。
3. ご家族および他人に譲渡できないこと。

確 認 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 様 お 名 前 (自 署) : _____

(ご家族又は代諾者等、自署) : _____ (続柄 : _____)

医師確認事項

上記の患者様に関し、以下の事項を確認しました。

1. 適応は「前立腺肥大に伴う排尿障害」であること。
2. 上記の診断確定のために必要な検査が実施済であること。

確 認 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

処 方 医 氏 名 (自 署) : _____

医 療 機 関 名 : 岐阜大学医学部附属病院

連 絡 先 : 058-230-6000

患者様のお名前は自署にしてください。

なお、患者様自身の自署が困難な場合には、本人の了承の上、ご家族又は代諾者等の自署をお願いします。

お薬を受け取る際には必ずお持ちいただき、薬剤師に提示願います。

紛失した場合には医師に再発行を依頼して下さい。

確認書の有効期限は確認日から1年間です。1年経過後は医師に再発行を依頼して下さい。