



T細胞療法用 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

【担当医】	科	先生御机下
【処方箋交付日】	年	月 日
【患者 ID】		
【患者氏名】		

【保険薬局の名称・所在地】	
【TEL】	【FAX】
【担当薬剤師】	

下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

来局時 テレフォンプォローアップ その他()

【聞き取り日】 年 月 日 【レジメン名】

【聞き取りした方】 本人・家族・その他介護者 ※ レジメン名が不明な場合は薬剤名でも可。

<input type="checkbox"/> 提案事項	<input type="checkbox"/> 報告事項
-------------------------------	-------------------------------

バイタルサイン

【体温】 °C 【SpO₂】 %

【血圧】 / mmHg 【脈拍】 回/分

※ ≥37.5°CなどCRSが疑われる場合、頓服(発熱時)の内服と病院への連絡・受診を勧奨してください。

免疫エフェクター細胞関連脳症 (ICE) スコア

チェック項目		点数	(/)
見当識	現在の年、現在の月、現在お住まいの都市、病院名を言える	4点 (各1点)	<input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
呼称	物の名前を3つ言える (例:時計、ペン、ボタンなど)	3点 (各1点)	<input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
指示に従う	簡単な指示に従える (例:指を2本立ててください)	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
筆記	標準的な文章を書くことができる (例:今日は晴れです、など)	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
注意	100から10ずつ引き算ができる	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
合計 <スコアの分類> ・7~9点: Grade1 ・3~6点: Grade2 ・0~2点: Grade3 意識レベルが低く評価ができない場合は0点: Grade 4			/10点

Lee DW et al.: Biol Blood Marrow Transplant 2019; 25: 625-638.

※ 点数の低下などICANSが疑われる場合、病院への連絡・受診を勧奨してください。

<p>■ 詳細・指導内容</p>

※ 緊急を要する副作用を発見した場合の対応

【該当する副作用】

【対応】 直接医師へ報告した。(報告日: 年 月 日 医師からの指示:)

患者さんに病院への連絡・受診を勧めた。

◀ 保険薬局への注意事項 ▶

服薬情報提供書による報告は、疑義照会ではありません。疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、通常通り担当医へ電話にてお願いします。