

DRUG

INFORMATION



2014 No. 21

平成26年7月10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)

※ Drug Information は医学部・附属病院 HP の下記アドレスにて提供しています。
<http://www1.med.gifu-u.ac.jp/drug-info/>

電子メールによる連絡を希望される方は下記までご連絡下さい。
di8931@gifu-u.ac.jp (担当：安田)

PDE5 阻害薬処方時における確認書の運用開始について

先月の薬事委員会において、排尿障害改善薬「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、PDE5 受容体を阻害することにより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。そこで、適切な処方の実施のため医療安全管理室との検討を行い、下記のとおり『確認書』を用いた運用を実施することと致しました。なお、本運用については、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した（下表参照）。

【確認書を用いた運用を実施する薬剤】

排尿障害改善剤 …… ザルティア錠 5mg

肺高血圧症治療剤 …… レバチオ錠 20mg、アドシルカ錠 20mg

ED 治療剤 …… バイアグラ錠 25mg・50mg、レビトラ錠 10mg、シアリス錠 10mg・20mg

《運用手順》（参考：資料 1）

（以下の手順は外来処方において上記薬剤を処方する場合の手順です。入院処方の場合は薬剤部にてカルテを確認しますので、以下の作業は必要ありません。）

- ①薬剤の処方オーダー時に、「…は処方時に確認書が必要な薬剤です。Document View から該当の確認書を印刷して下さい。」のメッセージが表示されますので、指示に従って Document View から確認書を印刷して下さい（資料 2）。なお、「確認日」は当日の日付が既定値として入りますが、必要に応じて変更可能です。
- ②印刷すると、資料 3 の例のようなフォーマットで確認書が作成されます。必要事項を説明した後、医師および患者それぞれについて、所定の署名欄へ記載をして下さい。この時、上半分が「医療機関保管用」、下半分が「患者様保管用」ですので、すべて記載をお願いします。
- ③署名後、「医療機関保管用」と「患者様保管用」に切り分けて下さい。「医療機関保管用」はスキャナーにより電子カルテ内に保管して下さい。「患者様保管用」は患者に渡し、薬剤交付時に薬剤部あるいは調剤薬局へ提示するよう指導して下さい。
- ④確認書の有効期限は 1 年です。1 年を超えて処方継続する場合は、確認書を再発行して下さい。

上記運用は **7 月 16 日(水)** から開始することとします。本件に関する詳細につきましては、薬剤部・医薬品情報管理室（内線 7083）までご連絡下さい。

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

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

《外来処方の場合》

処方医	患者	薬剤部・調剤薬局
</		

《入院処方の場合》

- ・ 薬剤部にて電子カルテ情報より確認を行うため、確認書の作成は不要

※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。

資料2. Document View からの確認書の印刷方法

確認書は Document View の「0060_同意書・説明書：共通」内の最下欄から選択する方法(A)と、検索名に『PDE5』と入力して選択する方法(B)がありますので、いずれかの方法で該当の確認書を選択した後、印刷して下さい。

【方法A】

The screenshot shows the Document View interface with the following elements:

- Navigation tabs: 台紙一覧, 頻用台紙一覧, 台紙セット一覧, 過去作成物再利用
- Search bar: 台紙名の一部で検索できます。 (Search a part of the form name)
- Buttons: 検索 (Search), リセット (Reset)
- Left sidebar (Tree View):
 - 0000_重要文書フォルダ
 - 0010_共通・計画書・診断書
 - 0020_サマリ、その他
 - 0030_医療連携センター
 - 0040_生体支援センター
 - 0050_血液浄化部
 - 0060_同意書・説明書：共通** (highlighted with a red box)
 - 0070_同意書・説明書：第2内科
 - 0080_同意書・説明書：光学診療部：呼吸器
- Right pane (List View):
 - ◎行動制限に関する説明書・同意書
 - ヨード造影CT検査問診票
 - ◎造影MR検査問診票
 - 造影検査問診表
 - 膝末梢神経高周波熱凝固術に関する説明書・同意書
 - PDE5阻害薬確認書-ザルティア錠**
 - PDE5阻害薬確認書-レバチオ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-アドシルカ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-バイアグラ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-レビトラ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-シアリス錠**

【方法B】

The screenshot shows the Document View interface with the following elements:

- Navigation tabs: 台紙一覧, 頻用台紙一覧, 台紙セット一覧, 過去作成物再利用
- Search bar: 台紙名の一部で検索できます。 (Search a part of the form name)
- Buttons: 検索 (Search), リセット (Reset)
- Search input: **PDE5** (highlighted with a red box)
- Left sidebar (Tree View):
 - 0060_同意書・説明書：共通** (highlighted with a red box)
- Right pane (List View):
 - PDE5阻害薬確認書-ザルティア錠**
 - PDE5阻害薬確認書-レバチオ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-アドシルカ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-バイアグラ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-レビトラ錠**
 - PDE5阻害薬確認書-シアリス錠**

《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 : 2014 年 07 月 10 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 : 2014 年 07 月 10 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 : 2014 年 07 月 10 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 : 2014 年 07 月 10 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。