

DRUG

INFORMATION



2016 No. 32

平成28年7月21日発行

PDE5 阻害薬処方時の確認書運用の終了について

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

PDE5 阻害薬処方時の確認書運用の終了について

PDE5 阻害薬（排尿障害改善薬、肺高血圧症治療薬、ED 治療薬）につきましては、処方適正な運用の実施のため、本院では平成 26 年 7 月より独自の『確認書』を用いて処方される医師から必要事項を説明して頂くと共に、処方医・患者の双方に所定箇所に署名をして頂き、処方せん調剤時には薬剤窓口で患者から確認書を提示して頂いて、薬剤師により確認を行った後に調剤を行う運用を実施して参りました。

先日、本運用について、診療科から『確認書』の運用が業務を煩雑にしているため、運用について再検討してほしいとの依頼がございました。

そのため、本件について医療安全管理室と再度検討を行いました。これまで本院および他施設において当該薬剤による不適正な使用の報告はありません。一方、確認書の運用が業務を煩雑にしているとの意見があることを判断して、確認書運用のメリットは認められないとの結論に至りました。

つきましては、本院における該当薬剤全ての確認書による運用を終了することと致します。本件について、貴科職員へ周知方、よろしくお願い致します。

ザルティア錠処方時の確認書（患者確保用）

＜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)： _____

(ご家族又は代読者等、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

患者様のお名前を自署して下さい。
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、ご家族又は代読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。

★PDE 阻害薬該当品目

排尿障害改善剤	ザルティア錠 5mg（タダラフィル）
肺高血圧症治療剤	レバチオ錠 20mg（シルデナフィルクエン酸塩）
	アドシルカ錠 20mg（タダラフィル）
ED 治療剤	バイアグラ錠 25mg・50mg（シルデナフィルクエン酸塩）
	レビトラ錠 10mg（バルデナフィル塩酸塩水和物）
	シアリス錠 10mg・20mg（タダラフィル）

（文責：安田）