

妊娠する可能性のある女性患者（女性患者 C） 妊娠検査の実施時期について

【妊娠検査と妊娠検査実施時期】

1) 妊娠検査

- ・尿検査（25IU/L の感度以上）又は血液検査（検査項目はβ-HCG 又は HCG とし判定は施設基準に従う）を実施し、処方医師は検査結果が陰性であることを確認した上で処方する。

2) 妊娠検査実施時期

- ・本剤服用開始 4 週間前
 - ・本剤服用開始 2 週間前
 - ・本剤初回処方前 24 時間以内
 - ・4 週間を超えない間隔
 - ・本剤服用中止時
 - ・本剤服用中止 4 週間後
- 同意日の 4 週間前から性交渉をしていないことが確認された場合は不要

【服用中（4 週間を超えない間隔） ～ 服用中止時 ～ 服用中止 4 週間後】

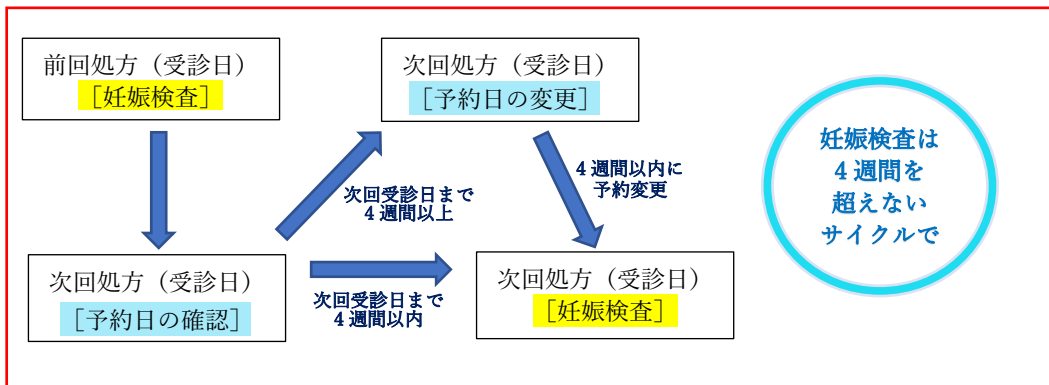
○服用中（休薬期間中も含む）の妊娠検査 [4 週間を超えない間隔]

- ・妊娠リスクを回避するため『処方時に限らず、診察の機会をとらえ、間隔が 4 週間を超えないよう』妊娠検査を実施してください。

[服用中は 4 週間を超えない間隔 で妊娠検査が必要]

- ・前回の妊娠検査を起点とし、次回の妊娠検査の期日が決まります。
- ・前回の妊娠検査から 4 週間を超えない間隔で患者さんの受診日（来院日）を設定していただくことをお勧めします。
- ・長期処方（28 日以上）の場合も 4 週間を超えない間隔 で妊娠検査のために患者さんの受診（来院）が必要になりますので、ご注意ください。

※上記は基本的な管理の考え方です。参考にいただければ幸いです。



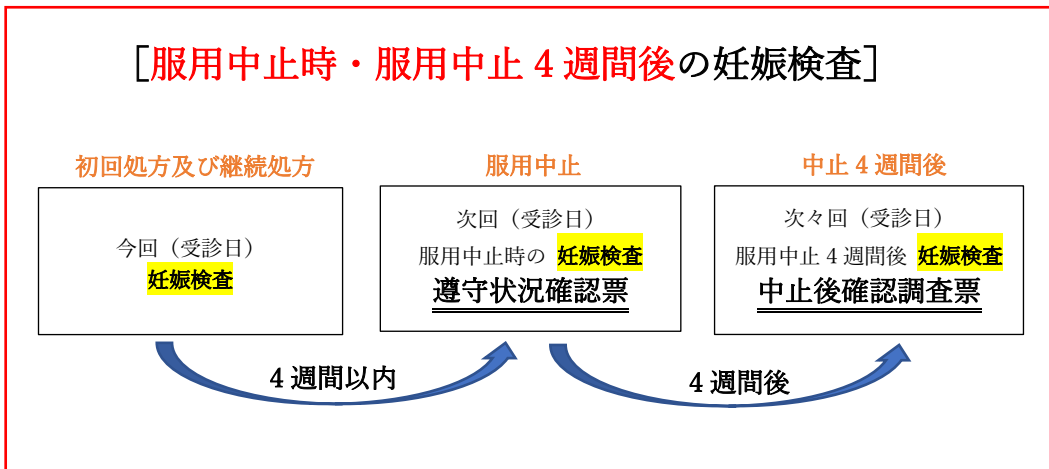
○服用中止時および服用中止 4 週間後の妊娠検査

[服用中止時の妊娠検査] 遵守状況確認票にて報告必要

- ・ 医師が服用中止と判断し患者さんが医療機関を受診した日
(但し、前回の妊娠検査から 4 週間を超えていないこと)

[服用中止 4 週間後の妊娠検査] 中止後確認調査票にて報告必要

- ・ 服用中止時の妊娠検査から、4 週間後に実施する妊娠検査



遵守状況確認票【女性患者 C】

FAX: 0120-007-121 様式 26.

サレト[®] カフェル 遵守状況確認票 女性患者 C

チェックは、該当する□に☑のように記入し、間違った場合は☒を記入してください。

患者氏名: _____ 処方医師 登録番号: _____
 確認日: 20__年__月__日 処方 医師名: _____
 患者 登録番号: _____ 外来 入院 外来 □ 入院 □
 患者 同意書の 取得した ☑ 付加 施設、若し許す受診に 同意書を取付て下さい。 薬剤師 署名 _____ *ご記入の欄は、薬剤師署名の取得 済みの患者様専用です。

処方医師 確認事項

患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した
又は、提出時期でないことを確認した はい

確認 項目 患者の病歴や服薬歴により はい 非女性患者に必要となった場合は、女性患者 B の取 扱と同等を参照し、適切 な取扱いをお願いします。

● 服用中止の理由を説明した
● 服用中止のリスクや妊娠回避の必要性を説明した
● 服用中止後の妊娠検査について説明した
● 服用中止後の処方について説明した
● 妊娠検査の結果について説明した
又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した

妊娠 検査 陰性 陰性でない 実施せず(現在、前回検査から 日)

処方 内容
 サレト[®] 100 錠/箱 100 錠/日 X 日 服用開始 月 日 日
 サレト[®] 50 錠/箱 50 錠/日 日 服用開始 月 日 日
 サレト[®] 25 錠/箱 25 錠/日 X 日 服用開始 月 日 日

処方医師コメント _____

薬剤師 確認事項

患者の定期確認票の提出により記入内容を確認した
又は、提出時期でないことを確認した はい

確認 項目 患者の病歴や服薬歴により はい

● 服用中止の理由を説明した
● 服用中止のリスクや妊娠回避の必要性を説明した
● 服用中止後の妊娠検査について説明した
● 服用中止後の処方について説明した
● 妊娠検査の結果について説明した
又は、患者は説明しなくても充分理解していることを確認した

処方医師の記載内容を確認した はい

薬剤師の取次 なし あり *付加 施設専用 済

責任薬剤師 登録番号 _____ 処方医師 氏名 _____
 担当 薬剤師名 _____ 連絡先 TEL _____

注) 女性患者 C は、服用中止 4 週間後妊娠検査結果が陰性であることの確認が必要です。患者さんへ 4 週間後に妊娠検査 の確認のため来院するよう説明してください。

この用紙が破損された場合は、お手数をおかけしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに確認してください。

中止後確認調査票【女性患者 C】

FAX: 0120-007-121 様式 32.

サレト[®] カフェル 中止後確認調査票 女性患者 C

この用紙を藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 FAX、タブレット端末による画像送信、 郵送又は MR による郵送にて送信し医療機関で保存してください。

サレト[®] カフェル 中止後確認調査票 女性患者 C

入院患者も確認が必要です

女性患者 C の服用中止 4 週間後の妊娠検査結果及び服用中止時の遵守状況を確認してください。
 チェックは、該当する□に☑のように記入し、間違った場合は☒を記入してください。
 なお、患者の日常生活に支障がない期間が含まれているかもしれませんが、すべての女性患者 のを対象として確認させていただきますのでご了承ください。

ご記入の上、責任薬剤師等へご提出ください。

確認事項	処方医師記入欄
① 妊娠検査の結果は陰性でしたか	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性でない
② 性交渉がなかったか、または規定された避妊方法を 男性パートナーともに行いましたか。 (性交渉なし、または避妊方法を行った場合は 「はい」に記入してください)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

記入日 20__年__月__日

処方医師 登録番号 _____
 処方 医師名 _____

患者 登録番号 _____

責任薬剤師 登録番号 _____
 担当薬剤師名 (FAX 送信者) _____

この用紙が破損された場合は、お手数をおかけしますが上記 FAX 番号に転送の上、速やかに確認してください。

お問い合わせ先
 藤本製薬株式会社
 TERMS 管理センター
 ☎ 0120-001-468