カペシタビン用トレーシングレポート

＜丸山記念総合病院　薬剤科　宛＞

FAX:丸山記念総合病院　薬剤科　048-757-5714 保険薬局→薬剤科→担当医

早急な対応が必要と考えられる場合は、病院まで電話連絡をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当医 |  | 先生 | | 保険調剤薬局名 |  |
| 患者ID |  | | | 電話番号 |  |
| 患者名 |  | | 様 | FAX番号 |  |
| 服用開始日 |  | | | 担当薬剤師名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認方法 | □電話　□薬局での対面指導 | | | | | |
| 確認日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 服用状況 | □服用できている　□服用できていない理由：□飲み忘れ　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |
| --- |
| **カペシタビンにおける副作用確認項目** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **該当する項目に** | **☑した項目があるとき、該当する下記の事項に☑して下さい。** | |
| **☑してください。** | **Gradeでの評価** | **報告方法** |
| □発熱 | □37.5℃以上　　　□38.0℃以上 | □電話連絡済　　□紙面 |
| □手足の赤み・ひび割れ  □爪の変化  □手足のしびれ、痛み | □Grade1（軽度）　□Grade2≦（生活への影響あり）  疼痛：　　あり　　・　　なし  症状の具体例：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □電話連絡済　　□紙面 |
| □下痢 | □Grade1（1日４回未満）□Grade2≦（１日４回以上） | □電話連絡済　　□紙面 |
| ＊便の状態（ブリストルスケール）：□１　□２　□３　□４　□５　□６　□７ | | |
| □口内炎 | □Grade1（軽度）□Grade2≦（症状はあるが食事摂取、嚥下は可能） | □電話連絡済　　□紙面 |
| ＊口腔外科に受診中の場合、受診時から症状に変化がなければ経過観察として下さい。 | | |
| □悪心　□食欲不振 | □Grade1(軽度)  □Grade2≦（顕著な体重減少（-５％以上）、脱水、栄養失調を伴わない経口摂取量の減少） | □電話連絡済　　□紙面 |
| □嘔吐 | □Grade1（軽度）　□Grade2≦（1日２回以上） | □電話連絡済　　□紙面 |
| □空咳　□息切れ | □Grade1（軽度）　□Grade2≦（１日以上継続） | □電話連絡済　　□紙面 |
| □眼の症状 | □Grade1（軽度）　□Grade2≦（生活への影響あり） | □電話連絡済　　□紙面 |

その他の報告事項

|  |
| --- |
|  |

病院薬剤師返信欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 報告内容を確認しました。 | | | | | | | | | | |
| □ | 医師に相談の上、現状のまま継続して経過観察となりました。フォローお願いします。 | | | | | | | | | | |
| □ | 提案の内容を考慮し、医師に相談の上、以下の様に対応します。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 医師名 |  | 薬剤師名 |  |
| □ | トレーシングレポートの原本を診療情報管理室へ提出した（電子カルテに取り込む） | | | | | | | | | | |

2023年7月作成