

# サレド<sup>®</sup>カプセル 100

Thalidomide  
Education and  
Risk  
Management  
System  
(TERMS<sup>®</sup>)

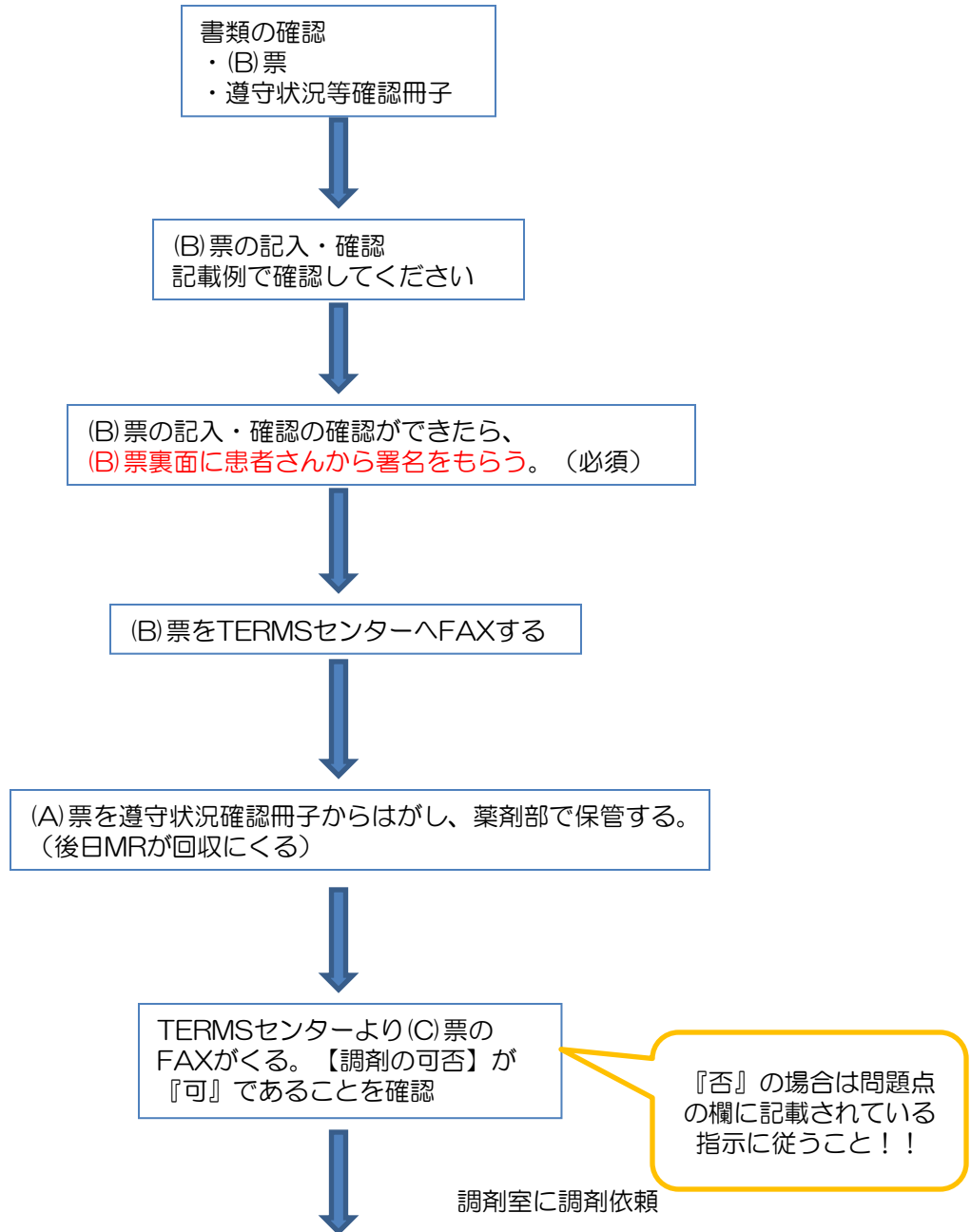
## 調剤手順

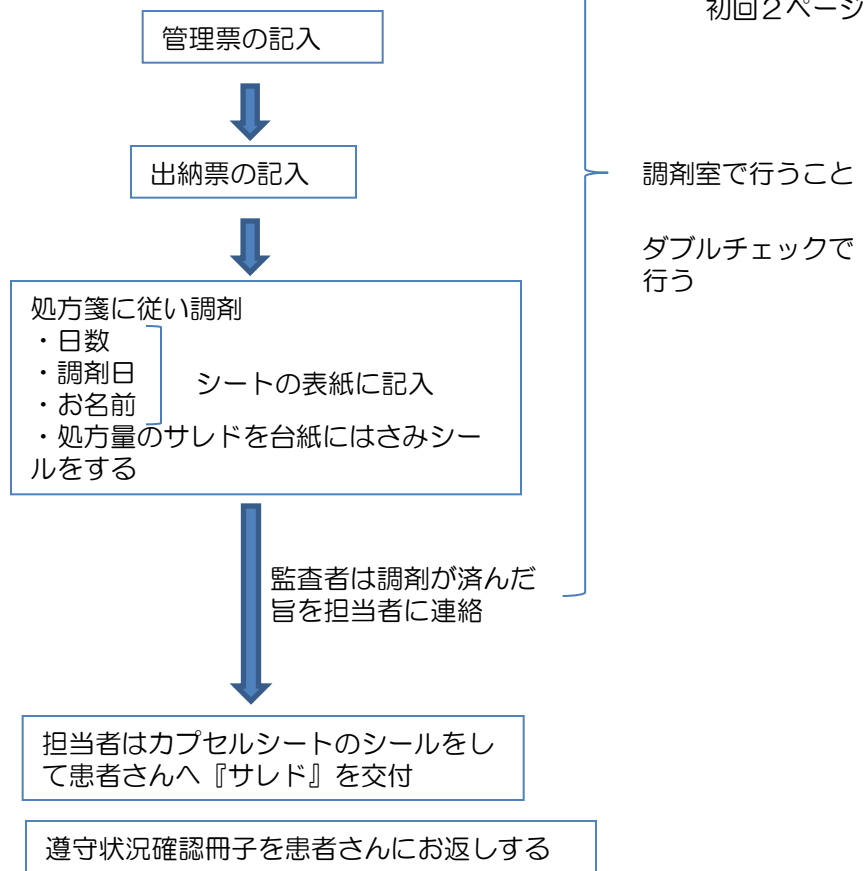
国立国際医療研究センター病院  
薬 剤 部



**NCGM**  
National Center for Global Health and Medicine

## 初回交付時 調剤手順





書類の確認  
・カプセルシート  
・(B)票  
・遵守状況等確認冊子

残薬なし

残薬あり

・カプセルシートから服薬状況欄を切り離し患者さんにお渡しする。  
・服用済みの空シートは破棄する

・実際の残数が(B)票に記載と整合性がとれているか、確認する

・カプセルシートから服薬状況欄を切り離し患者さんにお渡しする。  
・服用済みの空シートは破棄する  
・残薬はカプセルシートから取り外しておく

(B)票の記入・確認  
記載例で確認してください

(B)票の記入・確認の確認ができれば、  
**(B)票裏面に患者さんに署名をもらう。(必須)**

(B)票をTERMSセンターへFAXする。

残薬なし

残薬あり

(B)票を保管する

(A)票を遵守状況確認冊子からはがし、薬剤部で保管する。(後日MRが回収にくる)

TERMSセンターより(C)票の  
FAXがくる。【調剤の可否】が  
『可』であることを確認

『否』の場合は問題点  
の欄に記載されている  
指示に従うこと！！

残薬なし

調剤室に調剤依頼

残薬あり

回収した残薬と(B)票  
をもって調剤室へ

管理票の記入

出納票の記入

調剤室で行うこと

ダブルチェックで  
行う

処方箋に従い調剤（残薬がある場合は一  
緒にはさみこむ）

- ・日数
  - ・調剤日
  - ・お名前
  - ・処方量のサレドを台紙にはさみシール  
をする
- シートの表紙に記入する

監査者は調剤が済んだ  
旨を担当者に連絡

担当者は患者さんへ『サレド』を交付

遵守状況確認冊子を患者さんにお返りする

残薬あり

(B)票を保管する

FAX: 0120-007-121

### 遵守状況等確認票(B)

女性患者 C

処方	下記処方内容につき受理いたしました。	記入日	2008年04月15日
患者登録番号	01001001	処方薬剤登録番号	0100101
必要数量	1Cap/日 × 14日	未服用薬数量	1Cap
		今回処方数量	13Cap
		紛失数量	0Cap

Dr 記入済

2回目以降  
毎回確認

#### 注意事項

#### 確認事項

注意事項		確認事項	
薬剤師	患者	薬剤師	患者
1 <input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4 <input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった	<input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陰性でなかった
2 <input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5 <input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 探問していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明 を受けて理解した
3 <input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	6 <input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
		7 <input type="checkbox"/> 問題があったので 指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明 を受けて理解した

毎回確認

女性患者Cのみ  
: 毎回確認

【薬剤師記入欄】 上記の事項等を確認しました	記入日	20	年	月	日
新規必要数量	Cap	未服用薬数量	Cap	責任薬剤師 登録番号	

記入する

【患者さん記入欄】 上記の事項等を確認しました	患者署名	患者登録番号
	裏面にご記入ください	

患者さんが  
記入

(B) 票裏面に患者さんから署名をもらう

FAX: 0120-007-121

### 遵守状況等確認票(B)

男性患者

女性患者 B

処方 下記処方内容につき受理いたしました。

記入日 2 0 年 月 日

処方医師 登録番号

処方医師

患者 登録番号

必要数量 Cap/日 × 日 未服用薬数量 Cap 今回処方数量 Cap 紛失数量 Cap

Dr 記入済

#### 注意事項

	薬剤師	患者
1	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="checkbox"/> 説明した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

#### 確認事項

	薬剤師	患者
4	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 保管していた <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した
5	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり	<input type="checkbox"/> 紛失なし <input type="checkbox"/> 紛失あり
6	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題があったので指導を行った	<input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 問題があったので説明を受けて理解した

2回目以降  
毎回確認

毎回確認

チェックは該当する  に  のようにペンにて記入し、間違えた場合には  を記入してください。

#### 【薬剤師記入欄】

上記の事項等を確認しました

新規必要数量 Cap

記入日 2 0 年 月 日

薬剤師署名

未服用薬数量 Cap

責任薬剤師  
登録番号

記入する

#### 【患者さん記入欄】

上記の事項等を確認しました

患者署名 裏面にご記入ください

患者  
登録番号

患者さんが  
記入

(B) 票裏面に患者さんから署名をもらう