

ページニオ：トレーニングレポート

送付先

TEL フォロー目安：処方開始 7 日目

北海道がんセンター薬剤部

FAX：011-805-0240

報告日： 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【緊急対応が必要な副作用】 ※該当する症状に○を記載してください

間質性肺炎		発熱、空咳、息切れ
下痢		1 日 8 回、嘔吐、腹痛を伴う
		血便・黒色便
		水分摂取不可

☐ 上記これら症状該当なしを確認これらの項目が該当した場合は緊急対応が必要になります。

上記の症状を確認した場合、**「患者さんに病院へ連絡し、病院から指示をもらうよう説明をお願い致します。」**その上で FAX 対応をお願い致します。

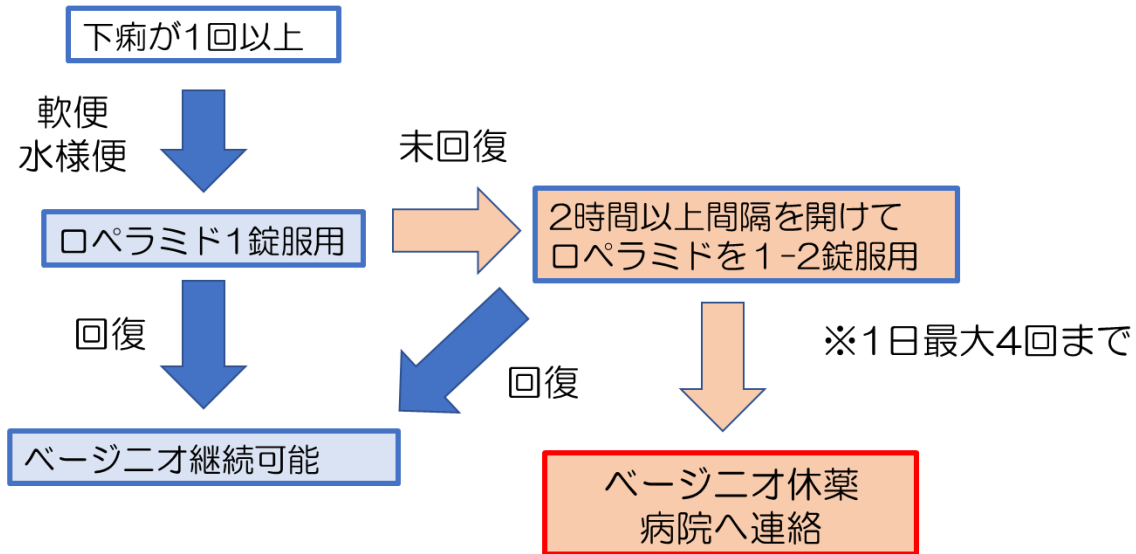
【確認事項】

- ☐ ページニオの服用状況：服用問題なし・休薬あり
- ☐ 下痢の状況：1 日 _____ 回～ _____ 回
- ☐ 下痢の性状：水様便・軟便・普通便・硬便
- ☐ ロペラミドの使用状況：1 日 _____ 回 (効果あり・効果なし)
- ☐ ロペラミド服用フローチャートの理解：問題なし・理解不足あり
- ☐ ロペラミドの追加服用： _____ 回
- ☐ 嘔気の状況：なし・あり (食事摂取への影響：あり・なし)
- ☐ 制吐剤の使用状況：1 日 _____ 回 (効果あり・効果なし)
- ☐ 倦怠感：なし・あり (日常生活への支障あり・なし)

【その他特記事項】**【病院薬剤部からの返信】**

- ☐ 主治医報告済み
- ☐ 次回外来時に検討事項とする
- ☐ その他 ()

ベージニオの下痢対応フローチャート



【病院へ連絡が必要な症状】

- 下痢の回数が24時間で8回以上
- 激しい腹痛を伴う場合
- 発熱や嘔吐を伴う場合
- 血便、黒色便などが出た場合
- 水分摂取が全くできない場合