

オシメルチニブ+化学療法：トレーシングレポート

FAX：011-805-0240

電話目安：処方日から 7 日目頃（初回）

報告日： 年 月 日

患者 ID		保険薬局名	
患者名		薬剤師	

【副作用確認】 ※該当する症状に○を記載してください

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。

間質性肺炎		発熱、空咳、呼吸困難感	下痢		1 日 8 回の下痢
		息切れ（労作時）			腹痛を伴う下痢
口内炎		食事困難（ ）箇所			血便・黒色便
皮膚症状 （生活へ影響あり）		爪囲炎	便秘		下剤での管理困難
		ざ瘡様皮疹	倦怠感		激しい倦怠感
		皮膚乾燥			行動制限あり
		掻痒感	心機能		動悸 めまい
		水疱形成、まぶたの腫れ			ふらつきがある
消化器症状		悪心、嘔吐にて食事不可			体重増加を伴う下肢の浮腫

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。

その他気になる症状がある場合記載をお願い致します。

ステロイド軟膏、保湿剤、ロペラミド等の使用方法、使用状況など

【特記事項】

☐制吐剤の追加変更

- ・
- ・

☐皮膚外用剤の追加変更

- ・
- ・

☐下痢止め、下剤の追加変更

- ・
- ・

☐その他