

記入例

化学療法情報提供書(トレーシングレポート)

| | | |
|--|------------------|---------------------------------------|
| 処方医 消化器内科 ○○ ○○ 先生 御机下 | 保険薬局名称 ●●調剤薬局 | 各項目を記入し、 該当する項目を チェックしてくだ さい |
| 患者ID 12345678 <input type="checkbox"/> 不明 | TEL 011-●●●-●●●● | |
| 患者氏名 北辰 太郎 | FAX 011-●●●-●●●● | |
| 生年月日 19●●年 ●月 ●日 | 担当薬剤師名 △△ △△ | |
| 情報提供への患者同意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療上重要と思われるため報告 | | |
| 対象 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 確認方法 <input type="checkbox"/> 薬局での聞き取り <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 確認内容 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 (アドヒアランス: ● 良好 ○ 不良 ○ 副作用のため休薬) <input checked="" type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> その他 | | |

レジメン名 または 抗悪性腫瘍薬名 XELOX+ペバシズマブ

| 《副作用の発現状況》 グレードは有害事象共通用語基準v5.0日本語JCOG版に基づいて評価(一部改変) | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 症状 | なし | あり | 発現時期 | グレード(それぞれ①～③から選択ください) |
| 悪心(吐き気) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | day2~3 | ①症状はあるが、食事はほぼ変化なし |
| 食欲不振 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | day2~3 | ①症状はあるが、食事はほぼ変化なし |
| 嘔吐 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 口内炎 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 下痢 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 便秘 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 倦怠感 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 皮膚障害 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 爪囲炎 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 手足症候群 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | day13~ | ①痛みはないが、赤みや腫れ・テカテカ感など皮膚の変化がある |
| 呼吸困難 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 発熱 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | day ~ | |
| 血圧 | <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 測定有 | | 家庭血圧: 朝(○○○/○○)mmHg、夕(○○○/○○)mmHg | |
| その他 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | () | |

有害事象共通用語基準(CTCAE)にしたがって該当するグレードを選択し、副作用の評価を行ってください
Grade3以上の副作用が発現している場合には受診勧奨を行ってください

| 《免疫チェックポイント阻害薬の副作用の発現状況》 ※ ICIの使用歴がある場合にご使用ください | |
|---|---|
| 胃腸の症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 1日2回以上吐いてしまう 下痢 | 目の症状 <input type="checkbox"/> 物がだぶって見える <input type="checkbox"/> 眼がかすむ <input type="checkbox"/> 視力の低下 |
| トレーシングレポートは医師にとって診察前に患者情報を得られる有用な手段です 副作用以外にも次回の治療方針や支援の検討につながりそうな情報がある場合にご活用ください その日のうちに対応が必要だと考えられる緊急性のあるものについては、従来通りの対応をお願いいたします | 皮膚の症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 皮膚や粘膜がただれる <input type="checkbox"/> 全身に赤い斑点や水ぶくれが出る |
| | 全身の症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 38.0℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 意識がうすれる <input type="checkbox"/> めまいがする <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 疲れがひどい <input type="checkbox"/> 手足のむくみ・しびれ <input type="checkbox"/> 急に体重が増えた |

《詳細・処方提案など》 2コース目day15に電話にてフォローアップを行いました。アドヒアランスは良好でカペシタピンはday15朝で内服終了していることを確認しました。患者さんより掌が赤くなり腫れている感じがすると訴えがありました。カペシタピンによる手足症候群と判断し、保湿剤の使用を推奨しています。次回診察時に症状を確認し、保湿剤の処方についてご検討をお願いいたします。

《返信欄》

- 報告内容を電子カルテにとりこみ、医師へ伝えました 提案の意図は理解しましたが、経過観察とします
 提案の内容を考慮して対応いたします

《内容》

返信日 西暦 年 月 日 薬剤師

※聞き取り日から2~3日中に送信ください
※このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありませんのでご注意ください
疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、従来通りの対応をお願いいたします。