

【泌尿器科】抗ホルモン剤専用トレーシングレポート

報告日： 年 月 日	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師名
処方医 科 先生	
患者 ID : 患者氏名： 様 生年月日： 年 月 日	

下記を報告します。

※該当する項目に✓を記載してください

- ・ 対応場面 薬剤交付時 患者から薬局へ連絡 その他 ()
- ・ 対応相手 患者本人 患者家族 その他 ()
- ・ 患者同意 情報提供に関して同意を得た 同意を得てないが、治療上必要と判断し報告

処方薬

イクスタンジ®(エンザルタミド)
 アーリーダ®(アパルタミド)
 ニュベクオ®(ダロルタミド)
 ザイティガ®(アビラテロン)
 カソデックス®(ビカルタミド)
 その他 ()

服薬状況

継続服用できている
 服用できないことがある →理由 飲み忘れ
 用法用量の理解不足
 副作用出現のため
 その他 ()

副作用発現状況

副作用なし

■副作用あり ※CTCAE Ver 5.0 を用いて評価

Grade				Grade			
<input type="checkbox"/> 倦怠感	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難・息切れ	(1 2 3)				
<input type="checkbox"/> 食欲低下	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> 生殖機能低下	(1 2 3)				
<input type="checkbox"/> 悪心嘔吐	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> ほてり・発汗	(1 2 3)				
<input type="checkbox"/> 下痢	(1 2 3)	<input type="checkbox"/> その他 ()					
<input type="checkbox"/> 便秘	(1 2 3)						

備考欄

<注意>緊急性のある情報は処方医へ電話にて報告をお願いします。
 上記内容ご記入後 FAX : 098-875-7197 薬剤部宛てに送信ください。