

# トレーシングレポート

(免疫関連有害事象)

irAE



送信先

大阪国際がんセンター

がん薬薬連携窓口

FAX 06-6945-1290

報告日： 年 月 日

《注意》 この用紙は疑義照会ではありません。

医師への疑義照会・緊急時は電話で行ってください。

がんセンター ID		保険 薬局名	
患者名	様	薬剤師名	
医師名	科 医師	FAX	

※ 患者さんより、FAX送信の同意を  得た。  得ていない。

## ＜ 副作用モニタリング実施 ＞

該当する症状に  してください

薬剤名：  これらの項目に <input checked="" type="checkbox"/> の場合  ↓ 緊急に対応が必要 (以下のどちらかを 実施の上FAX)	<input type="checkbox"/>	間質性肺炎	具体的な症状
	<input type="checkbox"/>	大腸炎・重度の下痢	
	<input type="checkbox"/>	重症筋無力症・筋炎	
	<input type="checkbox"/>	重度の皮膚障害	
	<input type="checkbox"/>	心筋炎	
	<input type="checkbox"/>	1型糖尿病	

※  直接医師に連絡した  患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた

次回受診時に報告 (トレーシングレポート) 緊急性が高い場合 ➡ 医師連絡 受診勧告	<input type="checkbox"/>	内分泌機能障害	その他
	<input type="checkbox"/>	神経障害	
	<input type="checkbox"/>	肝障害	
	<input type="checkbox"/>	皮膚障害	

※  直接医師に連絡した  患者さんに病院へ連絡・受診を勧めた  報告のみ

## 特記事項

### 返信欄

ご報告ありがとうございます。

医師に連絡しました。

その他



担当薬剤師

大阪国際がんセンター 薬局