

免疫関連有害事象(irAE)確認シート



| | | | | |
|------|---|-------|-------|---|
| ID | | 確認日 | 年 月 日 | 担当薬剤師 |
| 患者名 | 様 | 投与開始日 | 年 月 日 | |
| | | 薬剤名 | | |
| 併用治療 | <input type="checkbox"/> 化学療法（レジメン名： ） <input type="checkbox"/> 分子標的薬（薬剤名： ） <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> なし | | 状況 | <input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> その他 |

★項目に該当 ➡ 直接医師連絡、または、患者連絡・受診勧告 + トレーシングレポート (irAE)

| | | | |
|-------------|----|----|-----|
| ★間質性肺炎 | なし | あり | 備考欄 |
| 労作時の息切れ | | | |
| 37.5℃以上の発熱 | | | |
| 痰を伴わない咳（空咳） | | | |

| | | | |
|--------------|----|----|-----|
| ★大腸炎・重度の下痢 | なし | あり | 備考欄 |
| 1日4～6回の排便の増加 | | | |
| 激しい腹痛 | | | |
| 血便、黒い便が出る | | | |

| | | | |
|------------|----|----|-----|
| ★重症筋無力症・筋炎 | なし | あり | 備考欄 |
| まぶたが下がってくる | | | |
| ものが二重に見える | | | |
| 足・腕に力が入らない | | | |

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| ★重度の皮膚障害 | なし | あり | 備考欄 |
| 全身に広がる発疹、水ぶくれ | | | |
| ひどい口内炎、眼の充血 | | | |

| | | | |
|-------------|----|----|-----|
| ★心筋炎 | なし | あり | 備考欄 |
| むくみ・体重増加がある | | | |
| 動悸がする | | | |

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| ★1型糖尿病 | なし | あり | 備考欄 |
| 口が渇く | | | |
| たくさんの水分が欲しくなる | | | |
| 尿の量や回数が増える | | | |

◆項目に該当 ➡ トレーシングレポート (irAE)

| | | | |
|-----------------|----|----|-----|
| ◆内分泌機能障害 | なし | あり | 備考欄 |
| いつもより疲れやすい | | | |
| 体重の増加・減少 | | | |
| 行動の変化(イライラ・物忘れ) | | | |

| | | | |
|-----------|----|----|-----|
| ◆神経障害 | なし | あり | 備考欄 |
| 運動のまひ | | | |
| 感覚のまひ | | | |
| 手足のしびれ・痛み | | | |

| | | | |
|-------------|----|----|-----|
| ◆肝障害 | なし | あり | 備考欄 |
| 皮膚や白目が黄色くなる | | | |

| | | | |
|--------|----|----|-----|
| ◆皮膚障害 | なし | あり | 備考欄 |
| 皮膚がかゆい | | | |
| 発疹が出る | | | |

※皮膚障害の部位やその他の症状

| | |
|--|--|
| 緊急性 | トレーシングレポート |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 医師報告 <input type="checkbox"/> 受診勧告 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

| | |
|--|-------------------------|
| 疑義照会 | |
| <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <p>2020.9 Ver.1</p> |

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

このトレーシングレポートはコピーしてお使いください。