

# トレーシングレポート

## マルチキナーゼ阻害薬



大阪国際がんセンター  
DI室 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には使えません。  
医師への疑義照会、緊急報告などは電話で行ってください。

|                      |   |           |  |
|----------------------|---|-----------|--|
| 患者ID                 |   | 保険薬局名     |  |
| 患者名                  | 様   | 保険薬局TEL   |  |
| 診療科・医師名              | 科 先生  | 保険薬局FAX   |  |
| 処方箋発行日               | 年 月 日   | 薬剤師名      |  |
| 薬剤名<br>(代表的なもの・50音順) | アキシチニブ・カボメテイクス・スニチニブ・ソラフェニブ・パゾパニブ・パンドタニブ・レゴラフェニブ・レンパチニブ・( ) | 併用薬との相互作用 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり |

※患者よりFAX送信の同意を  得た  得ていない (以下、該当項目に)

有害事象があればチェックして下さい (聞き取り \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 時点)

|       |                          |                     |                          |                          |                          |
|-------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 間質性肺炎 | <input type="checkbox"/> | 発熱                  | 出血                       | <input type="checkbox"/> | 持続する鼻出血・歯茎からの出血          |
|       | <input type="checkbox"/> | 空咳                  |                          | <input type="checkbox"/> | 血便・血尿が出る                 |
|       | <input type="checkbox"/> | 労作時の息切れ             |                          | 血栓塞栓症                    | <input type="checkbox"/> |
| 消化管穿孔 | <input type="checkbox"/> | 突然の激しい腹痛や圧痛 (押すと痛い) | <input type="checkbox"/> |                          | 手足のしびれ・片足の急激な痛みや腫れ       |

| 有害事象 | Grade                      | CTCAE v5.0による評価 (*)                            | 有害事象  | Grade                      | CTCAE v5.0による評価 (*)                             |
|------|----------------------------|--|-------|----------------------------|---|
| 下痢   | <input type="checkbox"/> 1 | 普段と比べて1日に1~3回の排便回数増加                           | 疲労    | <input type="checkbox"/> 1 | 休息すると軽快する                                       |
|      | <input type="checkbox"/> 2 | 普段と比べて1日に4~6回の排便回数増加/身の回り以外の日常生活動作の制限          |       | <input type="checkbox"/> 2 | 休息しても軽快しない/身の回り以外の日常生活動作の制限                     |
|      | <input type="checkbox"/> 3 | 普段と比べて1日に7回以上の排便回数増加/身の回りの日常生活動作の制限            |       | <input type="checkbox"/> 3 | 休息しても軽快しない/身の回りの日常生活動作の制限                       |
| 悪心   | <input type="checkbox"/> 1 | 摂取習慣に影響のない食欲低下                                 | 手足症候群 | <input type="checkbox"/> 1 | 疼痛を伴わない皮膚障害 (紅斑、浮腫、角質増殖症など)                     |
|      | <input type="checkbox"/> 2 | 顕著な体重減少、脱水または栄養失調を伴わない経口摂取量の減少                 |       | <input type="checkbox"/> 2 | 疼痛を伴う皮膚障害 (+ 角質剥離、水疱、出血、亀裂など) /身の回り以外の日常生活動作の制限 |
|      | <input type="checkbox"/> 3 | カロリーや水分の経口摂取が不十分/経管栄養、TPN、入院を要する               |       | <input type="checkbox"/> 3 | 疼痛を伴う高度な皮膚障害/身の回りの日常生活動作の制限                     |
| 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 1 | 摂食習慣の変化を伴わない食欲低下                               | 高血圧   | <input type="checkbox"/> 1 | 収縮期120-139mmHgまたは拡張期80-89mmHg                   |
|      | <input type="checkbox"/> 2 | 顕著な体重減少や栄養失調は伴わない摂取量の減少/経口栄養剤による補充を要する         |       | <input type="checkbox"/> 2 | 収縮期140-159mmHgまたは拡張期90-99mmHg                   |
|      | <input type="checkbox"/> 3 | 顕著な体重減少または栄養失調を伴うほど経口摂取が不十分/静脈内輸液、経管栄養やTPNを要する |       | <input type="checkbox"/> 3 | 収縮期 $\geq$ 160mmHgまたは拡張期 $\geq$ 100mmHg         |
| 肝障害  | <input type="checkbox"/>   | 目や皮膚が黄色いなどの黄疸の症状                               | 腎障害   | <input type="checkbox"/>   | 足のむくみ、尿量が減る、尿の泡立ち                               |

その他の症状・症状の詳細

※Grade2以下の場合 必要に応じてトレーシングレポートをFAX送信 (※)「有害事象共通用語規準 v5.0日本語訳JCOG版」一部改変

Grade3以上の場合  病院へ電話連絡  受診勧奨 → どちらかを実施の上FAX送信

特記事項 (薬局→病院)  減量または休薬を提案します  服用状況報告  その他

特記事項 (病院→薬局)  内容を確認しました  医師に報告しました  その他

担当薬剤師

