

トレーシングレポート(服薬情報提供書) 二重特異性T細胞誘導抗体用

FAX先: 静岡県立総合病院 薬剤部 (054-248-2352)

※こちらの様式はあくまで情報提供書です。緊急性のある場合は適切な対応をお願いします。

報告日: 年 月 日 情報確認日: 年 月 日

医療機関名: 静岡県立総合病院	保険薬局名:
担当医: 科 先生	所在地:
患者氏名: 様	TEL:
(患者ID:)	FAX:
生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	薬剤師氏名:

【この報告に対する患者同意】 同意を得た 同意は得ていないが治療上重要と考えられるため報告する
【聞き取り対象】 本人・家族・その他() 【レジメン・抗癌剤】

◆バイタルサイン 体温: °C SpO2: % 血圧: / mmHg 脈拍: 回

◆免疫エフェクター細胞関連脳症(ICE)スコア

チェック項目	点数	年 月 日(時 分)
現在の年、現在の月、 現在お住まいの都市、病院名を言える	4点 (各1点)	<input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
物の名前を3つ言える (例: 時計、ペン、ボタン など)	3点 (各1点)	<input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
簡単な指示に従える (例: 指を2本立ててください など)	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
標準的な文章を書くことができる (例: 今日の天気は晴れです など)	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
100から10ずつ引き算ができる	1点	<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 0点
Grade1: 7~9点 / Grade2: 3~6点 / Grade3: 0~2点 / Grade4: 意識レベルが低く評価できない		合計: 点 / 10点

*標準的な文章の記載(患者本人)

※発熱等のCRSが疑われる場合、神経症状やICEスコア低下などICANSが疑われる場合は
病院へ連絡・受診勧奨してください。

※ その他の情報提供・指導内容

※ 病院返信欄

内容を確認しました。ご報告ありがとうございました。 以下の通り対応します。

※ 緊急を要する副作用を発見した場合の対応

【該当する副作用】

【対応】 直接医師へ報告した (報告日: 年 月 日 医師からの指示:)

患者・家族に病院への連絡・受診を勧めた