保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

FAX:仙台医療センター薬剤部022-293-1148

仙台医療センター　御中 　　 　報告日：　　　年　　月　　日

**【抗がん薬（フッ化ピリミジン系）治療】服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号：  FAX番号： |
| サポート日：　　　　年　　　月　　　日 | 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われますので報告いたします。 | |

下記の通り報告いたします。（薬剤：□エスワン □カペシタビン □UFT）※目安：処方日から7日目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有害事象 | 詳細・指導内容 | |
| 口腔粘膜炎 | □あり(Grade　) □なし | 口腔ケア指導や含嗽薬・軟膏の使用などについて指導　□ |
| 下痢 | □あり(Grade　) □なし | 頻度： 回/日 止痢薬の内服回数： 　回/日  飲水、食事指導、止痢薬の服用法などについて指導　□ |
| 悪心  嘔吐 | □あり(Grade　) □なし  □あり(Grade　) □なし | 吐き気止め使用 有・無 薬剤名：　　　　　　　　効果 有・無  食事指導、吐き気止めの服用法などについて指導　□ |
| 食欲不振 | □あり(Grade　) □なし | 食事摂取状況　□問題なし □問題あり  食事摂取に対する指導 □ |
| 眼障害 | □あり(Grade　) □なし | 症状の発現日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 手足症候群  （手掌・足底発赤知覚不全症候群） | □あり(Grade　)　□なし | 症状の発現日　　　　年　　　　月　　　　日  保湿剤の使用　□問題なし　□問題あり  ステロイドの使用　□問題なし　□問題あり |
| 疲労感 | □あり(Grade　) □なし | 症状の発現日　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| 【薬剤師としての所見・提案等】  【薬剤部追記】 |

仙台医療センター薬剤部2021年7月ver1.0