

化学療法施行患者
トレーシングレポート
運用規程

行徳総合病院 薬剤部

第1版 2020年10月1日

【はじめに】

本書は、行徳総合病院で外来化学療法を実施している患者に対して、服用状況や副作用発現状況について、トレーシングレポートを活用して報告していただく際の指針となるものです。

当院で外来化学療法を実施している患者に対するトレーシングレポートは、2枚に渡り内容が記載されています。しかし、トレーシングレポートの項目は、すべてを埋める必要はありません。治療内容や患者の状況に応じて、必要な情報を記載してください。

我々病院薬剤師が患者様に関わるのは、ご入院された期間であるほんの数週間にすぎません。患者の生活に即した情報は、薬局薬剤師の皆様の方がより多く得られるのではないかと考えています。お互いが知りうる情報を共有することによって、質の高い医療の提供を実現できるよう、ご協力のほど、よろしく願いいたします。

※ トレーシングレポートを用いて当院へ報告書を送付する際は、報告に関する患者の同意の有無確認欄に必ずチェックを入れるようにしてください。

【報告対象者】

当院外来にてがん薬物治療を行っている患者

【報告対象となるレジメン】

当院で採用され施行されているすべてのがん化学療法登録レジメン

【行徳総合病院での支持療法】

支持療法に使用される薬剤は、患者及び処方医により異なります。患者が使用可能な支持療法の情報が必要な場合は、当院薬剤部までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

行徳総合病院 薬剤部 薬剤部がん治療サポートチーム担当薬剤師

平日・土 9:00～17:00 TEL：047-395-1151（内線：3431 または 3416）

日・祝日または平日・土の上記時間以外の時間は当院救急外来までご連絡ください。

【連携の具体的なフロー】

1. 患者から聴取した服用状況や副作用発現状況等を、情報提供の必要があると判断した場合、当院ホームページに掲載されている『化学療法施行患者 トレーシングレポート(以下トレーシングレポート)』の word ファイルをダウンロードし、必要事項を記入・編集後、保険薬局より病院の薬剤部宛てに FAX する
2. 当院の薬剤部がん治療サポートチーム担当薬剤師(以下 PCST 薬剤師)は、トレーシングレポートを確認し、迅速な対応が必要な事項がないことを確認し、患者カルテに取り込みを行い、薬剤部門記録へ記載する(迅速な対応が必要な場合は、下記の重篤な副作用発現時の連携フローに準じる)
3. 次回化学療法時、トレーシングレポートを参考に PCST 薬剤師が患者と面談を行い、医師や外来看護師にフィードバックを行う

※ 1 枚目には詳細な情報提供内容をご記入いただき、2 枚目には詳細な評価内容をご記入いただきたく思います。ご協力のほど宜しくお願いいたします。

※ 1 枚目の記載のみで報告内容を満たせる場合、2 枚目の送信は必要ありません。2 枚目の項目に報告事項がある場合にご使用ください。

【重篤な副作用発現時の連携フロー】

1. 薬局薬剤師は速やかに当院の薬剤師に連絡を取る(問い合わせ先は前ページ目に記載)
2. 連絡を受けた当院の薬剤師は、担当医師へ連絡し、医師と対応を協議する

【副作用モニタリングについて】

当院の副作用モニタリングは、図 1 に示される当院作成の『薬剤部がん治療サポートチーム 化学療法前面談用紙』を用いて行っている。

各副作用症状の Grade 評価は、『Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0』に準じて行うものとしている。

薬剤部がん治療サポートチーム 化学療法前面談用紙

ID:	患者名:	様	生年月日:	面談日:
レジメン名:	ケール数:	ケール目Day	担当者:	

本日の提案内容

上記内容の処方・追加など、ご検討よろしくお願い致します。

評価項目	症状	備考
発熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
食欲不振	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
便通障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘
全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
口内炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
浮腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
顎骨壊死	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

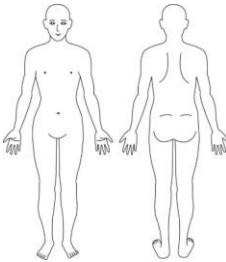
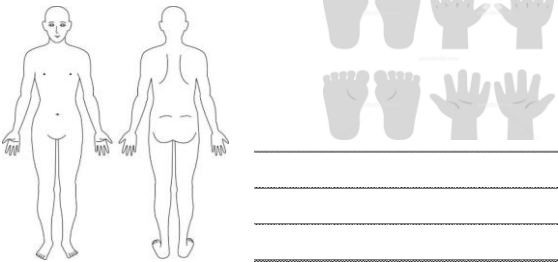
疼痛症状	皮膚症状
	

図1. 薬剤部がん治療サポートチーム 化学療法前面談用紙