CPMS確認表（CPMSコーディネート業務担当者用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CPMS登録医 |  | | |
| クロザリル管理薬剤師 |  | | |
| 保険薬局名 |  | 連絡先 |  |
| 患者登録番号 |  | 患者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認項目 （チェックをして下さい） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日，白血球数及び好中球数の数値は検査伝票と一致している。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日，血糖及びHbA1cの数値は検査伝票と一致している。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血液検査結果判定は，的確に判定されている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| クロザリル処方と血液検査結果に不整合はない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血糖及びHbA1cが適切な時期に検査されている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 投与日数は「次回検査予定日」－「血液検査実施日」以内である。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 「次回検査予定日」は，CPMSの規定されている検査間隔以内である。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サイン/印 |  |  |  |  |  |  |  |  |

《CPMSセンター連絡先》  
TEL： 0120-977-327 （9:00～17:45 土・日、祝日、当社休日を除く）  
e-mail： [cpms.japan@novartis.com](mailto:cpms.japan@novartis.com)

CPMS 確認表（クロザリル管理薬剤師用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 連絡先 |  |
| CPMS登録医 |  | | |
| CPMSコーディネート業務担当者 |  | | |
| 患者登録番号 |  | 患者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認項目 （チェックをして下さい） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| クロザリル処方は「継続または投与開始」または「著しい低下と判断しない」にチェックされている |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 「今回の初日の投与量」と処方箋は不整合がない |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処方箋と投与日数に不整合はなく，次回検査予定日を越えていない |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サイン/印 |  |  |  |  |  |  |  |  |

《CPMSセンター連絡先》  
TEL： 0120-977-327 （9:00～17:45 土・日、祝日、当社休日を除く）  
e-mail： [cpms.japan@novartis.com](mailto:cpms.japan@novartis.com)

CPMS確認表（CPMSコーディネート業務兼任薬剤師用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CPMS登録医 |  | | |
| 保険薬局名 |  | 連絡先 |  |
| 患者登録番号 |  | 患者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認項目 （チェックをして下さい） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日，白血球数及び好中球数の数値は検査伝票と一致している。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日，血糖及びHbA1cの数値は検査伝票と一致している。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血液検査結果判定は，的確に判定されている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| クロザリル処方と血液検査結果に不整合はない。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血糖及びHbA1cが適切な時期に検査されている。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 投与日数は「次回検査予定日」－「血液検査実施日」以内である。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 「次回検査予定日」は，CPMSの規定されている検査間隔以内である。 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| クロザリル処方は「継続または投与開始」または「著しい低下と判断しない」にチェックされている |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 「今回の初日の投与量」と処方箋は不整合がない |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 処方箋と投与日数に不整合はなく，次回検査予定日を越えていない |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 確認日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サイン/印 |  |  |  |  |  |  |  |  |

《CPMSセンター連絡先》  
TEL： 0120-977-327 （9:00～17:45 土・日、祝日、当社休日を除く）  
e-mail： [cpms.japan@novartis.com](mailto:cpms.japan@novartis.com)