

赤べこNet 安全性情報報告連携シート

※このシートを事務局にFAXして下さい(事務局：竹田総合病院薬剤科内FAX：0242-29-8500)

保険調剤薬局/病院名	(担当薬剤師：)
連携先医療機関	
連携先における患者ID	※IDが不明の場合は生年月日、性別、イニシャル(姓・名)を記載
発現日	西暦 年 月 日 □頃
医薬品による副作用と疑われる症状(概要)	<input type="checkbox"/> 消化器症状 () <input type="checkbox"/> 皮膚症状 () <input type="checkbox"/> 循環器症状 () <input type="checkbox"/> 眼症状 () <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 () <input type="checkbox"/> 泌尿器症状 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	≪症状の詳細≫ (具体的な付加情報があれば記入してください)
	【添付文書への記載】 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	【重篤度】 <input type="checkbox"/> 重篤(要入院・要受診・生活への支障等) <input type="checkbox"/> 非重篤
	【転帰】 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 不明 特記事項 ()
関与が疑われる薬剤(複数記載可)	
特に取得を希望する情報	※無記載でも一般に安全性情報報告に必要とされる情報は提供に努めます
安全性情報報告書の記載および提出	<input type="checkbox"/> 自施設で実施 <input type="checkbox"/> 連携先または協議会に依頼

- ・報告の必要性が明らかに乏しい症状(下剤による下痢、睡眠薬による眠気等)を除き、症状の強弱を問わずご報告ください。
- ・本様式にてFAXいただいた症例には、赤べこNet上に個別のフォーラムを作成し、そちらにて必要情報を交換できるようコーディネートさせていただきます。
- ・本様式で記載する症状はごく簡単な内容で結構です。
- ・赤べこNetのアカウントの作成方法は会津薬薬連携協議会ホームページ上のダウンロードページにマニュアルがございますので、そちらをご参照ください。
- ・フォーラム名はキビタンネットID(キビタンネット非登録者は連携先病院ID)となります。

【お問合せ先】会津薬薬連携協議会事務局(竹田総合病院薬剤科内：TEL 0242-29-8335 担当 木本、河原)

-----以下事務局記入欄-----

事務局管理番号		担当事務局員	
重篤度	<input type="checkbox"/> 重篤 () <input type="checkbox"/> 非重篤		
重症度(CTCAEv.5.0)	<input type="checkbox"/> grade1 <input type="checkbox"/> grade2 <input type="checkbox"/> grade3 <input type="checkbox"/> grade4 <input type="checkbox"/> grade5		
区分	<input type="checkbox"/> 既知 () <input type="checkbox"/> 未知		
フォーラム名			
赤べこNet 掲載開始	西暦 年 月 日		
PMDA報告確認	<input type="checkbox"/> 済 (年 月 日 確認) <input type="checkbox"/> その他 ()		