

eCPMS□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□

eCPMS□□□□□□□□□□

Image

報告書入力

【ログアウト】 【調査テーマ選択】 【機能選択メニュー】 【患者一覧】 【報告書一覧】

報告書名: クロザリル患者モニタリング 施設名: クロザリルCPMS病院 承認者: 承認・送信者:
 患者登録番号: 0016-005 患者イニシャル(性別): SG(女) 生年月日: 1990/09/10 血液型: B 患者登録日: 2012/08/12
 一次承認日:

報告書ID: 報告書0002

進捗状況

記録可能

承認

血液検査確認書

下書き保存

作業中断の際には下書き保存を行ってください。↑

【過去の検査値】

検査実施日	白血球数	好中球数
過去の期間の白血球数/好中球数		

【検査値】

検査実施日	2015 年 12 月 17 日	
白血球数	/mm ³	
好中球数	x 計算 → 実数値 /mm ³	パーセンテージを入力し、「計算」ボタンをクリックすると実数値を補填入力します。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
血糖値の測定時	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時	
血糖値	mc/dL	次回の検査予定日は、2012/05/15 です。
HbA1c(NGSP値)	%	次回の検査予定日は、2012/05/15 です。
検査頻度	判定	【血糖値】もしくは【HbA1c(NGSP値)】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると検査頻度が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
内科医と相談	クロザリルの継続可否 <input type="checkbox"/> プロトコールC患者であるが、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコールBの期間に変更し、継続投与する。 <input type="checkbox"/> プロトコールAの期間に変更し、継続投与する。 検査間隔の変更	プロトコールCで本薬剤を継続投与する場合は、必ず内科医に、その妥当性を相談してください。 検査頻度を変更する場合は、その理由をコメント欄に入力してください。

【検査結果判定】

クロザリル処方	投与	<input type="checkbox"/> 継続または投与開始 <input type="checkbox"/> 白血球数が過去の期間の最も高い値より3,000/mm ³ 以上減少したが新しい低下と判断しない	処方をも一つ選んでください。
	休薬	<input type="checkbox"/> 症状改善のための休薬 <input type="checkbox"/> 有害事象のための休薬 <input type="checkbox"/> 来院せずのための休薬 <input type="checkbox"/> その他理由による休薬	
	投与中止	<input type="checkbox"/> 症状改善のための投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 有害事象のための投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 効果不十分のための投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> 検査値異常のための投与中止または中止後のフォローアップ <input type="checkbox"/> その他理由による投与中止または中止後のフォローアップ	
	検査終了	<input type="checkbox"/> 投与中止患者のフォローアップ期間経過のための終了 <input type="checkbox"/> 休薬4週間経過のための終了 <input type="checkbox"/> 同意撤回のための終了 <input type="checkbox"/> 来院せずのための終了 <input type="checkbox"/> その他理由による終了	
	転院	<input type="checkbox"/> 転院	

【転院先医療機関】

転院先医療機関名		転院の場合は必ず入力してください。
転院先医療従事者名		転院先医療機関の連絡先となるCPMS登録医療従事者名を入力してください。 不明な場合は空欄にしてください。
クロザリル継続の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	転院の場合は必ず入力してください。

【次回検査期間】

次回検査期間	判定	までに検査実施。	【検査値】と【検査結果判定】を入力後、「判定」ボタンをクリックすると次回検査期間が表示されます。 ※ご使用のOS/ブラウザによっては正しく表示されない場合があります。
次回検査予定日	年 月 日		経過検査 移行予定日 判定

【処方】

今回の投与日又は投与開始日	2015 年 12 月 17 日	
今回の投与量	投与量 me/日 前回の投与量 12.5 me/日 投与日数 日分	投与量: 今回の処方の初日の用量を入力してください。 投与日数: 次回検査予定日までの日数を入力してください。

【コメント】

コメント		【クロザリル処方】項目の「有害事象のため」を選択した場合は、その有害事象名を入力してください。 「その他理由」を選択した場合は、その内容を入力してください。
------	--	---

[IV 000eCPMS 00000](#)

Novartis Pharmaceuticals Corporation

Novartis Pharmaceuticals Corporation

Novartis Pharmaceuticals Corporation, 2355 Central Expressway, East Hanover, NJ 07927

Novartis Pharmaceuticals Corporation

<mailto:clozaril.remote@novartis.com>

Novartis 0800-222-8814

Novartis 9:00 AM - 5:30 PM EST

□□□□□□□□□□

□□□□ 0120-003-293□□□□□□□□

□□□□ □□□ 9□00□17□30□□□□□□□□□□□□□□

[□□□□□□](#)

Source URL: https://www.pro.novartis.com/jp-ja/products/clozaril/point/04_input_screen