

塩酸チクロピジンをお使いいただくための チェックシート

患者さんへの説明および指導、退院時に主治医が交代した際の申し送り

投与開始後2か月間の2週間に1回の来院指導	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
患者さんへの副作用の初期症状の説明	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
退院時に主治医が交代した場合(他院への転院含む)、次の主治医への申し送り・チェックシートの添付	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施

投与開始後2か月間の来院・検査*・処方状況

	2週間毎の来院	安全性の確認 (検査値・他覚症状**)	処方の継続 (2週間分)
投与開始日 (200 年 月 日)	—	—	—
退院時(投与開始 週目) (200 年 月 日)	—	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
投与開始 週目 (200 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 来院せず	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
投与開始 週目 (200 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 来院せず	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
投与開始 週目 (200 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 来院せず	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止
投与開始 週目 (200 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 来院せず	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止

退院時(転院時含む)に1枚目をはがし、外来カルテに貼り替えてください。

【参考】

* 検査項目

血液検査	赤血球数、白血球数、血小板数、ヘモグロビン量、ヘマトクリット値
末梢血液像	白血球分画
血液生化学的検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、LDH、総ビリルビン、BUN、血清クレアチニン

** 重大な副作用の初期症状

血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP)	意識障害等の精神・神経症状、紫斑等の出血症状、倦怠感、食欲不振など
重篤な肝障害	悪心・嘔吐、食欲不振、倦怠感、掻痒感、眼球黄染、皮膚の黄染、褐色尿など
無顆粒球症 (顆粒球減少症)	発熱、咽頭痛、倦怠感 など