

吸入ステロイド(5成分)によるイベント発現等の調査

- ◎調査票1は個別症例用のメモ用紙としてコピーしてお使いください。
- ◎調査票2には全調査日程終了後、実施日ごとの全処方せん枚数、調査対象患者数、調査票1の枚数等を報告してください。
- ◎調査結果は、原則としてインターネットで報告してください。

ご所属の都道府県薬剤師会のホームページ(会員の頁)に、報告画面へのリンクを張っていますので、そこへアクセスして報告を行ってください。

*インターネットでの報告は、記入もれ等のミスをシステム上でお知らせすることができるため、ご報告を有効に活用することができます。ぜひ、ご協力をお願いします。

*一部の県薬では、報告用紙による報告も可としています。ご所属の都道府県薬剤師会へお問合せください。なお、この場合には、インターネットでの報告と重複しないようにしてください。

重要 ご注意いただきたい点

- ◎必ず対象患者全員に質問するようにし、意図的に患者を選ばないでください。
- ◎対象患者全員の症例を報告してください。「吸入していない」「イベントの発現なし」も大切な調査結果です。
- ◎本人と会話できなかった、また本人から調査を行うことへの承諾が得られなかった等、聞き取り調査が実施できなかった症例についても、薬局側で設問1～6を記載し、設問6の囲み欄にチェックして報告してください。

調査対象医薬品

ベクロメタゾンプロピオン酸エステル、フルチカゾンプロピオン酸エステル、ブデソニド、シクロソニド、モメタゾンフランカルボン酸エステルの各吸入ステロイド剤(調査票1「4.該当医薬品」のとおり。)

調査の方法

- ◎「薬局掲示用ポスター」は必ず掲示してください。
- ◎DEMの報告とは別に、必要に応じて、厚生労働省の「医薬品安全性情報報告制度」にも報告を行ってください。

調査期間：平成22年2月22日(月)～2月28日(日)

上記期間内で実施してください。参加するのは1日だけでも7日間全部でもかまいません。ただし、参加すると決めた日は、全開局時間帯で全ての対象患者に調査を実施してください。

注：インターネットの報告画面は、3月末日まで公開します。調査した日に必ずしも報告する必要はありませんが、上記の調査期間以外の調査結果は絶対に報告しないでください。また、早めの入力をお願いします。

調査対象患者

薬歴等から、調査当日において調査対象医薬品を使用中と考えられ、同一医療機関の同一診療科の処方せんを持参し、過去6ヶ月以内に調査対象医薬品が調剤されている患者。

- ・調査当日の処方せんに調査対象医薬品がある・なしは関係ありません。
- ・使用期間中における、併用薬の有無や追加・削除は問いません。

対象患者への聞き方

今回は、以下の2項目については、原則、統一した言葉で質問してください。

- 「9.吸入指導」の項→吸入指導は誰から説明を受けていますか？
- 「11.前回調剤日から調査日までのイベントの発現」の項→この薬を使って、何か変わったことはありませんか？
 - ・どの患者にも、同じ語りかけで、しかも誘導にならないように聞いてください。
 - ・報告に際しては、患者の回答をそのまま調査結果とします。薬剤師が推測したり、判断したりしません。
 - ・患者のプライバシー保護にも、十分ご配慮ください。

DEMとは、薬剤イベントモニタリング(Drug Event Monitoring)の略です。

本件に関するお問い合わせは以下へお願いします

〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1 富士・国保連ビル7階

日本薬剤師会 中央薬事情報センター DEM事業担当係 電話:03-3353-1193

薬局のある都道府県名 _____

薬局の代表電話番号 _____

注:報告薬局数をこれで把握します。期間中、複数件の報告を行う場合でも、電話番号は1つに統一してください。(ただし、本店、支店などは別番号で!)

メールアドレス (お持ちの方はご記載ください) _____ @ _____

調査日 2 月 日 ()

1. 患者の年齢 _____ 歳

2. 患者の性別 男性 女性

3. 喫煙 あり なし

4. 該当医薬品 (該当医薬品の前回調剤日 年 月 日)

(いずれか1つチェック)注:調査対象医薬品を2種類以上使用している場合は、対象外

アズマネックスツイストヘラー100 μ g

アドエア50エアゾール アドエア100ディスカス アドエア250ディスカス

アドエア500ディスカス

オルベスコ50 μ gインヘラー オルベスコ100 μ gインヘラー

オルベスコ200 μ gインヘラー

キュバール50エアゾール キュバール100エアゾール

シムビコートタービュヘイラー

タウナス100 μ g粉末吸入剤

パルミコート吸入液0.25mg パルミコート吸入液0.5mg

パルミコート100 μ gタービュヘイラー パルミコート200 μ gタービュヘイラー

フルタイド50 μ gエアゾール フルタイド100 μ gエアゾール

フルタイド50ディスカス フルタイド100ディスカス フルタイド200ディスカス

フルタイド50クタディスク フルタイド100クタディスク フルタイド200クタディスク

ベクラゾン50インヘラー ベクラゾン100インヘラー

5. 併用薬 あり→5-1を回答 なし

5-1 ありの場合他の吸入薬

内服薬 (ステロイド含む・ステロイド含まず)

外用薬 (ステロイド含む・ステロイド含まず)

(裏に続きます。)

調査票2 2009年度 インターネットDEM-処方せん枚数用 薬局メモ用紙

○この調査票2は、調査票1の登録が全て終了した後、調査票1と同じ電話番号にてご入力ください。

各々の薬局で実施した調査における統計上の信頼性を高めるために必要な情報です。必ず、ご報告ください。

提出時にご確認ください。

- ①調査日の全処方せん枚数…調査対象医薬品以外の他科処方せん(例:皮膚科、眼科等)も含めた全ての処方せん枚数です。
- ②調査日の対象患者数……調査対象医薬品を使用中と考えられ、同一医療機関の同一診療科の処方せんを持参し、過去6ヶ月以内に調査対象医薬品が調剤されている患者が対象です。
- ③調査日の調査票1提出枚数…実際に報告した調査票1の枚数です。
- ②と③が一致しない理由……一致しない場合の内訳を記載してください。

記載例

調査日	DEM調査の実施	①調査日の全処方せん枚数	②調査日の対象患者数	③調査日の調査票1提出枚数	②と③が一致しない理由
2月22日(月)	●実施した ○実施しなかった	50 枚	10 人	8 枚	調査漏れ2名
2月23日(火)	○実施した ●実施しなかった	(記載不要) 枚	(記載不要) 人	(記載不要) 枚	(記載不要)

薬局のある都道府県名 _____

薬局の代表電話番号 _____

注:上記については、患者ごとにご報告いただく個別症例用と同じ内容にしてください。

調査日	DEM調査の実施	①調査日の全処方せん枚数	②調査日の対象患者数	③調査日の調査票1提出枚数	②と③が一致しない理由
2月22日(月)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月23日(火)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月24日(水)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月25日(木)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月26日(金)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月27日(土)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	
2月28日(日)	○実施した ○実施しなかった	枚	名	枚	