

患者名： _____

薬剤管理者

サリドマイド製剤安全管理手順に関する同意書

サリドマイド製剤（**サリド**[®] **カプセル**）（以下本剤）に関して「サリドマイド製剤安全管理手順」（TERMS[®]）を理解し、以下の内容につき同意します。（同意項目に☑を記入）

- 本剤は、胎児に障害を起こす可能性があることを理解しました。
- 処方された本剤は患者の治療のためだけのものであることを理解しました。
- 私は、患者と定期的に接する機会があり、患者が本剤を他の人と共有したり、他の人へ譲ったりしない様に薬剤を管理します。
- 本剤は、子供の手の届かない患者専用の場所で、飲食物と区別して保管します。
- 本剤を紛失した場合は、本剤を受け取った薬剤部(科)へ直ちに連絡し薬剤師の指示に従います。
- 本剤を服用する必要がなくなった場合、残った薬は廃棄せず受け取った薬剤部(科)へ持参します。その際、返金がないことを理解しました。
- 本剤を不適切に扱い、万が一、事故が発生した場合は、私にも責任があることを理解しました。
- 必要に応じて、私の医療機関登録情報が藤本製薬株式会社に提供されることを承諾します。
- 私の医療機関登録情報が、藤本製薬株式会社の担当者により閲覧されることを承諾します。
- 安全管理手順から逸脱した場合、その内容によっては、本剤服用の一時停止、又は本剤での治療が中止されることを理解しました。
- 定期的に行われるアンケート調査に協力します。

【薬剤管理者記入欄】

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： _____ (続柄又は間柄 _____)

生年月日：大正・昭和・平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号： _____

【処方医師記入欄】

処方医師名： _____

注) 1枚目は医療機関にて保存し、2枚目は薬剤管理者さんにお渡しください。