

サリドマイド製剤等紛失等の届出書

記入日 年 月 日

下記サリドマイド製剤又はレナリドミド製剤の紛失等につき届出します。

届出者	☐ 責任薬剤師登録番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ☐ 特約店責任薬剤師登録番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
施設名又は 社名及び 事業所名																				
紛失者	☐ 医療機関関係者 ☐ 特約店関係者 ☐ 患者又は患者関係者 患者登録番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
紛失日	年 月 日																			
紛失数	該当するものにチェックのうえ内容をご記入ください																			
	☐ サレドカプセル mg × カプセル																			
	☐ レナリドミドカプセル「FNK」 mg × カプセル																			
紛失状況*																				
第三者への 曝露の可能性	有の場合：考えられる理由をご記入ください 無 / 有 ()																			
薬剤管理者の 有無	有 / 無	薬剤管理者の年齢 ※薬剤管理者が有の場合のみ	歳代																	

* どこで紛失したか、紛失に気付いた経緯、紛失の原因、その後の対応等を分かる範囲でご記入ください。

注) 本様式の記入後は、藤本製薬株式会社 TERMS 管理センターへ FAX 等 (FAX[#]、タブレット端末による画像送信 (特約店は除く)、郵送又は MR による搬送) により提出してください。

原本は後日 MR が回収に伺います (医療機関にて控えが必要な場合はコピーをお取りください)。