

【ACモニタリングシート】

患者ID: _____ 患者氏名: _____

副作用を含め、至急の対応が必要と思われる場合疑義照会をお願いします

イマチニブ (CML・GIST)			
受診日 年 月 日		□ご本人 □ご家族	
チェック項目			いいえの場合はこちらの項目にもご記入下さい
コンプライアンス	コンプライアンスよく服用できている	□はい □いいえ	*可能な限り詳細な連絡をお願いします(その他に記載)
悪心	体重に変わりなくいつも通り食事が取れている	□はい □いいえ	食事の量が減っている □はい □いいえ
下痢	下痢はない	□はい □いいえ	1日4回以上の下痢をした □はい □いいえ
骨髄抑制	貧血症状、発熱、出血傾向がない	□はい □いいえ	*いいえの場合は至急病院に連絡をお願いします
肝機能障害	AST(100)上昇がない	□はい □いいえ	*いいえの場合は至急病院に連絡をお願いします
	ALT(100)上昇がない	□はい □いいえ	
浮腫	顔面浮腫がない	□はい □いいえ	*水分貯留、眼瞼周囲浮腫、顔面浮腫があり、体重増加(2kg以上)、下腿浮腫がある場合は至急病院に連絡をお願いします
	眼瞼浮腫がない	□はい □いいえ	
	眼窩周囲浮腫がない	□はい □いいえ	
	末梢性浮腫がない	□はい □いいえ	
	体重増加、呼吸困難がない	□はい □いいえ	
皮疹	皮膚症状がない	□はい □いいえ	*grade3以上の副作用がある場合至急病院に連絡をお願いします
筋痙攣	筋痙攣がない	□はい □いいえ	*grade3以上の副作用がある場合至急病院に連絡をお願いします
その他			

記入日 _____ 調剤薬局名 _____ 薬剤師名 _____