

大谷地病院クロザピン導入依頼用紙

依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
患者名 _____、性別 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日、年齢 _____ 歳

下記項目にて、患者さんが CPMS に登録可能か、適格性の確認を致します。
下線部の記入及び(有・無)のいずれかに○をお願い致します。

【① 治療抵抗性の根拠 (㊷㊸の一方もしくは両方)】

㊷ 反応性不良の場合

CP 換算 600mg 以上で一定期間 (定型薬で 1 年間、非定型薬で 4 週間) 以上のものが 2 種類以上必要(うち 1 種類以上非定型薬)。

反応性不良抗精神病薬 1: 薬剤名 _____
投与量 _____ mg/日 CP 換算 _____ mg/日
投与期間 _____

反応性不良抗精神病薬 2: 薬剤名 _____
投与量 _____ mg/日 CP 換算 _____ mg/日
投与期間 _____

㊸ 耐容性不良の場合

非定型精神病薬のうち 2 種類以上による単剤治療を試みたが、中等度以上の錐体外路症状(EPS)により十分に増量できず、十分な治療効果が得られなかった経過が必要。

耐容性反応性不良抗精神病薬 1: 薬剤名 _____
出現した EPS _____

耐容性反応性不良抗精神病薬 2: 薬剤名 _____
出現した EPS _____

【② 禁忌該当の有無】

㊦絶対禁忌

- 顆粒球減少症、骨髄機能障害、骨髄抑制のリスク(放射線療法、化学療法等)
(有・無)
- 持効性注射剤投与中
(有・無)
- 重度のけいれん性疾患、治療コントロール不良なてんかん
(有・無)
- 重度の心疾患、腎機能障害、肝機能障害、
(有・無)
- 麻痺性イレウス
(有・無)

㊧原則禁忌

- 糖尿病または糖尿病の既往歴
(有・無)

【③ 直近の採血結果】

採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

白血球数 _____ /mm³

好中球数 _____ /mm³

血糖値(空腹時・随時 (いずれかに○をお願いします)) _____ mg/dL

HbA1c _____ %

※クロザピン導入が決定後、改めて当院で採血は行いますが、CPMS 登録前 4 週間以内の採血結果で下記の規定をクリアしていることが適格性の条件です。

- 白血球数 4,000/mm³ 以上かつ好中球数 2,000/mm³ 以上であること(必須条件)
- 空腹時血糖 126mg/dL 以上、随時血糖 180mg/dL 以上、または HbA1c 6.5% 以上である場合、糖尿病内科医に相談し本剤の投与が妥当であることを確認していること(当院内科医に相談します)

【④ 本人が同意能力を有する、または同意取得が可能な代諾者がいること】

本人の同意能力(有・無)

無しの場合、同意取得が可能な代諾者 _____ (続柄 _____)

以上です。ご記入ありがとうございました。