

ブリンタ[®]錠 90mg 患者選定チェックリスト

ブリンタ[®]錠 90mg の対象となる患者の適切な選定のために

医薬品リスク管理計画
(RMP)

本資料は医薬品リスク管理計画に
基づき作成された資料です

PCI が適用される急性冠症候群患者に本剤を処方される際は、本剤の「効能・効果及び関連する使用上の注意」を参照いただき、適切な患者を選定いただきますようお願い申し上げます。適正使用の推進のため、本剤の投与理由について、**記入欄**に記載をお願い致します。**記載後は、速やかに弊社医薬情報担当者にお渡しいただくか、弊社まで直接ファックスで送信いただきますようお願い致します。(FAX 番号: 0120-200-369)**

本剤を投与した理由

- ① チェンピリジン系抗血小板薬*に過敏症がある患者である
- ② 血液疾患の既往（顆粒球減少症、無顆粒球症、血小板減少性紫斑病、後天性血友病、好中球減少症、汎血球減少症、再生不良性貧血等）があり、チェンピリジン系抗血小板薬*の投与が困難な患者である
- ③ チェンピリジン系抗血小板薬*投与による肝機能異常、横紋筋融解症、間質性肺炎、好酸球性肺炎等の副作用が認められ同剤による継続治療が困難な患者である
- ④ その他 → 下記カッコ内に処方理由を記載ください

*クロピドグレル、プラスグレル

記入欄 患者 5 名分までまとめて記載いただけます。本剤を投与した理由は複数選択いただけます。

患者 1	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> ()
患者 2	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> ()
患者 3	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> ()
患者 4	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> ()
患者 5	① <input type="checkbox"/>	② <input type="checkbox"/>	③ <input type="checkbox"/>	④ <input type="checkbox"/> ()

施設名	
------------	--

<参考> 【効能・効果】

経皮的冠動脈形成術 (PCI) が適用される急性冠症候群 (不安定狭心症、非 ST 上昇心筋梗塞、ST 上昇心筋梗塞) (ただし、アスピリンを含む抗血小板剤 2 剤併用療法が適切である場合で、かつ、アスピリンと併用する他の抗血小板剤の投与が困難な場合に限る)

<効能・効果に関連する使用上の注意>

- 1 アスピリンと併用すべき本剤以外の P2Y₁₂ 受容体拮抗薬等の抗血小板剤の投与が副作用の発現等により困難な場合に、本剤の使用を考慮すること。
- 2 本剤の使用に際しては、「臨床成績」及び「副作用」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分理解した上で投与すること。
- 3 経皮的冠動脈形成術 (PCI) が適用予定の急性冠症候群患者への投与は可能である。冠動脈造影により、保存的治療あるいは冠動脈バイパス術が選択され、PCI を適用しない場合には、以後の投与は控えること。

<弊社 内部処理用 QR コード>



【弊社 医薬情報担当者記入欄】

担当者名:		入手日
	営業所 課	年 月 日

FAX 番号: 0120-200-369

こちらは裏面です

- ✓ 送信の際は表裏にお気を付けください。
- ✓ FAX 送信いただいた場合は、本リストを弊社医薬情報担当者にお渡しいただく必要はございませんので、破棄いただいで結構です。
- ✓ 御協力いただきましてありがとうございました。