

クロザリル患者モニタリングサービス(CPMS)

登録関係様式見本集

医療機関のCPMS登録に関する研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、様式2の通り、医療機関の登録要件1を満たすこと及び要件2を満たす意思を表明し、当医療機関の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日： 年 月 日

【要請医療機関】

(ふりがな)

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

【精神科の長の署名】

(ふりがな)

氏 名： _____ 印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

以 上

医療機関のCPMS登録要件確認書〔1 / 2〕

提出先：クロザリル適正使用委員会

以下の通り、当医療機関において、CPMS登録要件1,2を確認しました。

医療機関名： _____ 確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者：精神科の長

精神科の長の署名： _____ 印

<要件1> 以下の要件を満たすことを確認の上、□にチェックを入れてください。

- 1) 採血日当日に、血液検査(白血球数及び好中球数)、血糖値(空腹時または随時)及びヘモグロビンA_{1c}検査結果を得ることができる Yes
- 2) 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能である【①～⑤にチェックがある】 Yes
 - ① 常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっている(他の医療機関との連携も可、要件は後述、要確認) Yes
 - ② 個室の確保や抗菌剤の投与などの感染症対策が可能である Yes
 - ③ G-CSF製剤の緊急投与が可能である(G-CSF製剤が常備されているか、またはすぐに納入される体制ができています) Yes
 - ④ 感染症対策について知識のあるスタッフ(看護師など)がいる Yes
 - ⑤ 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されている Yes
- 3) 糖尿病内科医と連携が可能(他の医療機関との連携も可)である Yes
- 4) パーソナルコンピューターでインターネットに接続し、eCPMSが導入可能である Yes

<好中球減少症・無顆粒球症に対して連携する他の医療機関の要件>

他の医療機関と連携する場合には確認してください。

- ▶ 血液内科医及び精神科医が常勤している Yes
- ▶ 緊急時に入院し、精神科治療及び無顆粒球症の治療が可能な病床を有する Yes
- ▶ 常に血液内科医のアドバイスを提供し、緊急時に患者の搬送を受け入れ治療することを含む文書を交わした上での提携を行っている Yes

<要件2> 以下の要件を予定できることを確認の上、□にチェックを入れてください。

- 5) CPMS登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMSコーディネート業務担当者が各々2名以上いる(クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネート業務担当者と兼務可能) Yes
【医療機関のCPMS登録要件確認書〔2/2〕に予定する方の氏名をご記入ください】
- 6) 無顆粒球症、耐糖能異常のケーススタディーを実施し、連携手順書を作成する Yes
- 7) CPMS運用手順を遵守することを約束する Yes

医療機関のCPMS登録要件確認書 [2 / 2]

当医療機関において、CPMS登録を予定する医師、薬剤師などの氏名は以下の通りです。

(ふりがな)

医療機関名： _____

確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1) CPMS登録医の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

2) クロザリル管理薬剤師の登録を予定する方(2名以上)

クロザリル管理薬剤師とCPMSコーディネート業務担当者を兼任される場合は、こちらにご記入ください。

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

3) CPMSコーディネート業務担当者の登録を予定する方(2名以上)

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

(ふりがな)

氏名： _____

※記入欄が足りない場合は、本様式を適宜コピーしてご記入ください。

(_____ 枚目 / _____ 枚中)

クロザリル講習会受講申込書

(ご希望にそえないことがありますので予めご了承ください)

提出先：クロザリル適正使用委員会

下記のクロザリル講習会に参加を希望します。

開催日： 年 月 日 開催会場： 会場

開催日、開催会場についてはクロザリル適正使用委員会Web siteにてご確認ください、ご記入ください。

【申込者情報】

(ふりがな)

申込日： 年 月 日 受講者氏名： 印

所属医療機関名： 所属科名：

医療機関の所在地：(〒 -)

電話： E-mail：

携帯電話のアドレスは不可とします。なお、通常、日中にご連絡がつくものが望ましいアドレスです。

〈職種及び確認項目〉 にチェックし、必要事項をご記入ください(医師でCPMS登録医を予定される方は必要書類の添付をお忘れなきようお願いいたします)。

- 医師で、CPMS登録医を予定 講習会受講にあたり、下記の要件2及び3については証明書類を添付してください。また、CPMS登録医として要請するには下記の3つの要件を満たすことが条件となり、CPMS登録医の登録要請(様式7-1)がなされた後に、クロザリル適正使用委員会の審議にかかります。特に、要件3において、どちらかの学会の専門医をお持ちでない場合、専門医と同等以上の知見を有するかどうかを判断するため、後日、発表論文等*の提出をお願いすることになりますのでご了承ください。詳細は、ご所属の医療機関からCPMS登録要請(様式9)がなされた後、クロザリル適正使用委員会より別途ご連絡します。

1. 日本国の医師免許の有無について

日本国の医師免許を 有する 医籍登録番号をご記入ください()

2. 精神科での実務経験など

精神保健指定医 精神科の実務経験が3年以上 両方該当

3. 精神科での専門性について

精神科専門医/日本精神神経学会 臨床精神神経薬理学専門医/日本臨床精神神経薬理学会
 両方該当 専門医を有していない

* 専門医の認定を有していない医師が専門医と同等以上の知見を有するか判断基準

- ①過去に発表した論文〔論文を発表していない場合は、各学会における専門医の認定の場合と同様にケースレポート3症例分(1例2,000字程度)の提出〕
 - ②所属学会での出席その他の活動
 - ③その他、継続的な学習(最新の専門的知識・知見を習得する)機会の確保
- なお、上記判断が困難な場合は、追加の情報提供を求めます。

医師でCPMSコーディネイト業務担当者のみを予定

薬剤師 薬剤師名簿登録番号をご記入ください()

看護師 その他 職種をご記入ください()

上記所在地以外で通知を受け取りたい方は、下記の欄にご記入ください。記載されている場合は、下記の住所に通知を送付します。

受取人： _____

住所：(〒 -) _____

電話： _____

以上

クロザリル講習会(説明会) 受講票

受講番号：

(ふりがな)

受講者氏名： _____ 先生

所属医療機関名： _____

所属科名： _____

クロザリル講習会(説明会)の受講を受け付けました。講習会当日は、本受講票をご持参ください。

なお、上記の受講番号は下記の会場での受講のみに有効ですのでご注意ください。

年 月 日

クロザリル適正使用委員会

記

クロザリル講習会

開催日： 年 月 日

開催会場：

以 上

※ 以下にご記入の上、ご持参ください。

E-mail：

携帯電話のアドレスは不可とします。なお、通常、日中にご連絡がつくものが望ましいアドレスです。

クロザリル講習会 修了証

氏 名： _____ 先生

医療機関名： _____

上記の者は、下記のクロザリル講習会を受講し、理解度確認を完了し、クロザリル講習会を修了したので、これを証します。

なお、本番号はCPMS登録要請時に必要となりますので確実に保管してください。

受講されたクロザリル講習会

開催日： 年 月 日

開催会場：

_____年 月 日

クロザリル適正使用委員会
日本臨床精神神経薬理学会

記

修了証番号：

クロザリル説明会 受講証

氏 名： _____ 先生

医療機関名： _____

上記の者は、下記のクロザリル説明会を受講し、理解度確認を完了し、全課程を修了したので、これを証します。

なお、本番号はCPMS登録要請時に必要となりますので確実に保管してください。

受講されたクロザリル説明会

開催日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催会場： _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

クロザリル適正使用委員会

記

受講証番号： _____

CPMS登録医の CPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日：	年	月	日
【登録要請者署名】			
(ふりがな) 氏名：	印	所属する科, 担当：	
(ふりがな) 医療機関名：			
連絡先： 電話：	FAX：		
E-mail：			

CPMS登録要請についての必要添付書類

▶「クロザリル講習会 修了証」の写し

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

1. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
2. クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
3. クロザリルの添付文書やクロザリル講習会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
4. クロザリルが必要な患者には、投与前に必ず同意を取得し、CPMSセンターに登録を要請すること
5. 患者登録番号を持たない患者にはクロザリルを投与しないこと
6. クロザリルの投与中は規定の頻度で血液検査を実施し、検査結果（白血球数・好中球数、血糖値・HbA_{1c}）、及びクロザリル投与量をCPMSセンターに報告すること
7. eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
8. CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
9. 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
10. クロザリル適正使用委員会が求めた場合、診療記録を含め、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
11. プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること

以上

クロザリル管理薬剤師の CPMS登録要請及び誓約書

(CPMSコーディネータ業務担当者を兼務される場合は様式7-4をご使用ください)

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日：	年	月	日
【登録要請者署名】			
(ふりがな) 氏名：	印	所属する科, 担当：	
(ふりがな) 医療機関名：			
連絡先： 電話：	FAX：		
E-mail：			

CPMS登録要請についての必要添付書類

▶「クロザリル講習会 修了証」または「クロザリル説明会 受講証」の写し

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

1. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
2. クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
3. クロザリルの添付文書やクロザリル講習会／説明会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
4. 患者登録番号を持たない患者にはクロザリルを調剤しないこと
5. eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
6. CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
7. 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
8. クロザリル適正使用委員会が求めた場合、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
9. プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること

以 上

CPMSコーディネート業務担当者の CPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日：	年	月	日
【登録要請者署名】			
(ふりがな)	氏名：		印
			所属する科, 担当：
(ふりがな)	医療機関名：		
連絡先：	電話：	FAX：	
	E-mail：		

CPMS登録要請についての必要添付書類

▶「クロザリル講習会 修了証」または「クロザリル説明会 受講証」の写し

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

1. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
2. クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
3. クロザリルの添付文書やクロザリル講習会／説明会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
4. 患者登録番号を持たない患者にはクロザリルが投与されていないことを確認すること
5. クロザリルの投与中は規定の頻度で血液検査を実施し、検査結果(白血球数・好中球数、血糖値・HbA_{1c})、及びクロザリル投与量をCPMSセンターに報告すること
6. eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
7. CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
8. 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
9. クロザリル適正使用委員会が求めた場合、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
10. プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること

以 上

クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネーター業務担当者の CPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日： 年 月 日

【登録要請者署名】

(ふりがな)

氏名： 印 所属する科, 担当：

(ふりがな)

医療機関名：

連絡先： 電話： FAX：

E-mail：

CPMS登録要請についての必要添付書類

▶「クロザリル講習会 修了証」または「クロザリル説明会 受講証」の写し

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

1. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
2. クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
3. クロザリルの添付文書やクロザリル講習会／説明会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
4. 患者登録番号を持たない患者にはクロザリルを調剤しないこと
5. 患者登録番号を持たない患者にはクロザリルが投与されていないことを確認すること
6. クロザリルの投与中は規定の頻度で血液検査を実施し、検査結果(白血球数・好中球数、血糖値・HbA_{1c})、及びクロザリル投与量をCPMSセンターに報告すること
7. eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
8. CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
9. 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
10. クロザリル適正使用委員会が求めた場合、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
11. プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること

以上

医療従事者のCPMS登録変更要請書

提出先：CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター
〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
電話：0120-XXX-XXX

CPMS登録内容の変更を要請します。

要請日： 年 月 日 変更希望日： 年 月 日

変更内容を把握したら、速やかに要請してください。

【要請内容】

登録の取消 / 登録内容の変更 / 登録医療機関の追加* / その他**

【理 由】

異動のため / 退職のため / その他()

【現在の登録内容】 本人が退職等により不在の場合は、代理の方がご記入ください。 代理記入者名： _____

CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネイト業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏 名： _____

所属する科, 担当： _____

(ふりがな)

医療機関名： _____

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

【登録変更後】 ※変更箇所のみご記入ください。

CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネイト業務担当者
 クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネイト業務担当者 / その他()**

(ふりがな)

氏 名： _____

所属する科, 担当： _____

(ふりがな)

医療機関名： _____

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

* 医療従事者が他の複数の医療機関へ登録する場合にご記入ください。

** 血液内科医または糖尿病内科医(連携する他の医療機関の医師を含む)、連携する他の医療機関の精神科医等の変更要請の場合にご記入ください。

医療機関のCPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、別紙(様式10)の通り、医療機関の要件を満たしておりますので、CPMS登録を要請します。当医療機関は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日： 年 月 日

【登録要請医療機関】

(ふりがな)

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

電話： _____

FAX： _____

登録後、CPMS登録医療機関として医療機関名(及び所在する都道府県名)をクロザリル適正使用委員会及びノバルティス ファーマ株式会社のホームページで公表することについて

(□にチェックを入れてください。)

- 承諾します 公表時期について希望のある場合： _____ 年 _____ 月以降
 承諾しません
 未定 (承諾することになった場合には、クロザリル適正使用委員会事務局にご連絡ください。)

【医療機関の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【精神科の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

CPMS登録医療機関の 医療機関名などの公表に関する承諾書

提出先：クロザリル適正使用委員会

CPMS登録医療機関として当医療機関名(及び所在する都道府県名)をクロザリル適正使用委員会及びノバルティス ファーマ株式会社のホームページで公表することについて

確認日： 年 月 日

(□にチェックを入れてください。)

- 承諾します 公表時期について希望のある場合： 年 月以降
- 承諾しません
- 未定 (承諾することになった場合には、クロザリル適正使用委員会事務局にご連絡ください。)

【公表に承諾するCPMS登録医療機関】

(ふりがな)

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

電話： _____

FAX： _____

【医療機関の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

【精神科の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

医療機関のCPMS登録要件確認書〔1 / 2〕

提出先：クロザリル適正使用委員会事務局

以下の通り、当医療機関において、CPMS登録要件を満たしていることを確認しました。

医療機関名： _____ 確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者

精神科の長の署名： _____ 印 _____ 電話： _____

<要件1> 以下の要件を満たすことを確認の上、□にチェックを入れてください。

- 1) 採血日当日に、血液検査(白血球数及び好中球数)、血糖値(空腹時または随時)及びヘモグロビンA_{1c}の検査結果が得られる Yes
- 2) 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能である【①～⑤にチェックがある】 Yes
- ① 常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっている(他の医療機関との連携も可、要件は後述、要記名) Yes
- (ふりがな)
血液内科医師名： _____
- ② 個室の確保や抗菌剤の投与などの感染症対策が可能である Yes
- ③ G-CSF製剤の緊急投与が可能である(G-CSF製剤が常備されているか、またはすぐに納入される体制ができています) Yes
- ④ 感染症対策について知識のあるスタッフ(看護師など)がいる Yes
- ⑤ 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されている Yes

<好中球減少症・無顆粒球症に対して連携する他の医療機関の要件>

- ▶ 血液内科医及び精神科医が常勤している Yes
- ▶ 緊急時に入院し、精神科治療及び無顆粒球症の治療が可能な病床を有する Yes
- ▶ 常に血液内科医のアドバイスを提供し、緊急時に患者の搬送を受け入れ、治療することを含む文書を交わした上で提携している(その書面の写しが必要です。) Yes

(ふりがな)
連携先医療機関名： _____(ふりがな)
精神科医師名： _____(ふりがな)
血液内科医師名： _____

医療機関のCPMS登録要件確認書〔2 / 2〕のチェックもお願いします。

医療機関のCPMS登録要件確認書 [2 / 2]

医療機関名： _____ 確認日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認者

精神科の長の署名： _____ 印 _____ 電話： _____

3) 糖尿病治療に関する十分な知識と経験を有する内科医と連携が可能(他の医療機関との連携も可)である …… Yes

(ふりがな)

内科医師名： _____

(他施設の場合) 医療機関名： _____

4) パーソナルコンピューターでインターネットに接続し、eCPMSが導入可能である …… Yes

5) CPMS登録医を2名以上有する …… Yes (少なくとも2名の氏名を確認)

(ふりがな)

CPMS登録医 氏 名： _____

(ふりがな)

CPMS登録医 氏 名： _____

6) クロザリル管理薬剤師を2名以上有する …… Yes (少なくとも2名の氏名を確認)

クロザリル管理薬剤師がCPMSコーディネート業務担当者を兼務する場合は、にチェックを入れてください。

(ふりがな)

クロザリル管理薬剤師 氏 名： _____ 兼務

(ふりがな)

クロザリル管理薬剤師 氏 名： _____ 兼務

7) CPMSコーディネート業務担当者を2名以上有する …… Yes (少なくとも2名の氏名を確認)

(ふりがな)

CPMSコーディネート業務担当者 氏 名： _____

(ふりがな)

CPMSコーディネート業務担当者 氏 名： _____

8) 無顆粒球症発現時のケーススタディーを実施し、連携手順書を作成した

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

9) 耐糖能異常発現時のケーススタディーを実施し、連携手順書を作成した

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関のCPMS登録完了通知書

下記の医療機関のCPMSへの登録要請はクロザリル適正使用委員会において承認され、CPMSに登録されましたのでお知らせいたします。

登録日： 年 月 日

【登録医療機関】

医療機関名：

医療機関の長の氏名：

所在地：(〒 -)

年 月 日

クロザリル適正使用委員会

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター

〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号

電話：0120-XXX-XXX

医療機関のCPMS登録変更要請書

提出先：CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター

〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号

電話：0120-XXX-XXX

CPMS登録内容の変更を要請します。(にチェックを入れ,変更箇所のみご記入ください。)

要請日： 年 月 日 変更希望日： 年 月 日

変更内容を把握したら,速やかに要請してください。

【登録医療機関／連携先医療機関】 修正 / 取消

(ふりがな)

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

【医療機関の長】 修正 / 交代

(ふりがな)

氏名： _____

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

【精神科の長】 修正 / 交代

(ふりがな)

氏名： _____

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

要請者

医療機関名： _____

署名： _____

印

CPMS登録医に関する登録完了通知書

宛先： _____ 先生

医療機関名： _____

先般、先生より提出されましたCPMSへの登録要請はクロザリル適正使用委員会において承認され、CPMSに登録されましたのでお知らせいたします。

なお、下記に示した登録番号は今後eCPMSへのアクセスの際に必要となりますので、確実に保管頂けるようお願いいたします。

年 月 日

クロザリル適正使用委員会

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター

〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号

電話：0120-XXX-XXX

記

登録番号： _____

(本番号は、eCPMSのID番号として使用しますので、大事に保管してください。)

パスワード： _____

(上記のパスワードは、初回のみ有効です。)

以 上

保険薬局のCPMS登録及び研修要請書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、下記の通り、保険薬局の登録要件1を満たすこと及び要件2を満たす意思を表明した上で、当保険薬局の医療従事者に対する研修を要請します。

要請日： 年 月 日

【要請保険薬局】

(ふりがな)

保険薬局名： _____

所在地：(〒 -) _____

＜要件1＞ 以下の要件を満たすことを確認の上、□にチェックを入れてください。

- インターネットが使えること(eCPMS(Web site)にアクセス可能である) Yes
- 処方元の医療機関を連携医療機関として併せて登録できる Yes
- 処方元の医療機関はCPMS登録医療機関または登録要請中の医療機関である Yes

＜要件2＞ 以下の要件を予定できることを確認の上、□にチェックを入れてください。

- クロザリル管理薬剤師を2名以上有する Yes
- ケーススタディーを実施している Yes
- CPMS運用手順を遵守することを約束する Yes

【保険薬局の長の署名】

(ふりがな)

氏名： _____

印

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

以 上

クロザリル管理薬剤師(保険薬局)の登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

要請日： 年 月 日

【要請内容】

クロザリル管理薬剤師（保険薬局）

【登録要請者署名】

(ふりがな)

氏名： 印

(ふりがな)

保険薬局名：

連絡先： 電話：

FAX：

E-mail：

CPMS登録要請についての必要添付書類

▶「クロザリル講習会 修了証」または「クロザリル説明会 受講証」の写し

クロザリル適正使用委員会 殿

本申請にあたり、私は、以下のことを誓約し、CPMS登録を要請します。

記

1. 医事または薬事に関する法令若しくは官公庁の通知・告示等に違反したことがないこと
2. クロザリル講習会受講申込書に記載した情報がいずれも真実且つ正確であること
3. クロザリルの添付文書やクロザリル講習会／説明会の内容を十分理解した上で、CPMS運用手順に従いクロザリルを適正に使用すること
4. eCPMSのID及びパスワードは他人に貸し渡しをしないこと
5. CPMS運用手順を不遵守した場合、CPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
6. 他の医療従事者による不遵守を見つけた場合はCPMSセンターに報告し、クロザリル適正使用委員会及びCPMSセンターからの対応・指示に従うこと
7. クロザリル血液検査確認書を持たない患者にはクロザリルを調剤しないこと
8. クロザリル適正使用委員会が求めた場合、クロザリルの処方に関する情報提供を行うこと
9. プライバシーポリシーに基づき必要な範囲内で上記登録申請に関する情報及び登録取消に関する情報が、医療従事者を通じて患者へ、または医療従事者へ、並びにCPMSセンター及び製造販売業者であるノバルティスファーマ株式会社に提供されることに同意すること

以上

保険薬局のCPMS登録要請及び誓約書

提出先：クロザリル適正使用委員会

当保険薬局は、下記の通り、保険薬局の要件を満たしておりますので、CPMS登録を要請します。当保険薬局は、要請に先立ち、CPMS運用手順を理解し遵守して運用・管理することを誓約し、また誓約内容を違えた場合には、クロザリル適正使用委員会の裁定に従うことを併せて誓約いたします。

要請日： 年 月 日
【登録要請保険薬局】
(ふりがな) 保険薬局名： _____
所在地：(〒 -) _____
(ふりがな) クロザリル管理薬剤師 氏 名： _____
(ふりがな) クロザリル管理薬剤師 氏 名： _____

当保険薬局は、CPMS運用手順を遵守することを誓約し、CPMSの登録を要請します。

【処方箋を受領する保険薬局の長の署名】

(ふりがな)

氏 名： _____

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

当医療機関に通院してクロザリルを服薬している患者の情報をeCPMSにて確認することを了承します。

【処方箋を発行する医療機関の長の署名】

(ふりがな)

医療機関名： _____

(ふりがな)

氏 名： _____

以 上

クロザリル管理薬剤師・クロザリル管理薬剤師(保険薬局)・ CPMSコーディネーター業務担当者のCPMS登録完了通知書

宛先： _____ 先生

医療機関名または保険薬局名： _____

先般、先生より提出されましたCPMSへの登録要請はクロザリル適正使用委員会において承認され、CPMSに登録されましたのでお知らせいたします。

なお、下記に示した登録番号は今後eCPMSへのアクセスの際に必要なとなりますので、確実に保管頂けるようお願いいたします。

年 月 日

クロザリル適正使用委員会

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター

〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号

電話：0120-XXX-XXX

記

登録番号： _____

(本番号は、eCPMSのID番号として使用しますので、大事に保管してください。)

パスワード： _____

(上記のパスワードは、初回のみ有効です。)

以 上

保険薬局のCPMS登録完了通知書

下記の保険薬局のCPMSへの登録要請はクロザリル適正使用委員会において承認され、CPMSに登録されましたのでお知らせいたします。

登録日： 年 月 日

【登録保険薬局】

保険薬局名：

保険薬局の長の氏名：

所在地：(〒 -)

年 月 日

クロザリル適正使用委員会

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター

〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号

電話：0120-XXX-XXX

医療従事者のCPMS登録変更確定書

要請のありましたCPMS登録内容の変更が確定しましたので、お知らせいたします。

確定日： 年 月 日

【要請内容】

登録の取消 / 登録内容の変更 / 登録医療機関の追加 / その他

【登録変更箇所】

CPMS登録医 / クロザリル管理薬剤師 / CPMSコーディネート業務担当者

クロザリル管理薬剤師兼CPMSコーディネート業務担当者

その他()

氏名： _____

所属： _____

医療機関名： _____

連絡先： 電話： _____

FAX： _____

E-mail： _____

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター
〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
電話：0120-XXX-XXX

CPMS仮登録医の仮登録通知書

下記の者をCPMS仮登録医としてCPMSに仮登録したことをお知らせします。

受講されたクロザリル講習会

開催日： 年 月 日

開催会場：

【登録者】

医療機関名：

氏名：

所属：

年 月 日

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター
〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
電話：0120-XXX-XXX

医療機関のCPMS登録変更確定書

要請のありましたCPMS登録内容の変更が確定しましたので、お知らせいたします。

確定日： 年 月 日

【登録医療機関／連携先医療機関】 修正 / 取消

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

【医療機関の長】 修正 / 交代

氏名： _____

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

【精神科の長】 修正 / 交代

氏名： _____

連絡先： 電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

CPMS(Clozaril Patient Monitoring Service)センター
〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
電話：0120-XXX-XXX

製造販売

〈資料請求先〉

ノバルティス ファーマ株式会社

東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

NOVARTIS DIRECT 
☎0120-003-293 
受付時間: 月~金 9:00~18:00
クロザリル ホームページ
www.clozaril.jp

CLOO16JG(N004)3.5K
2011年4月印刷