

# 医療機関のCPMS登録に関する研修要請書 (CPMS登録通院医療機関用)

提出先：クロザリル適正使用委員会

当医療機関は、登録要請時まで医療機関の登録要件1及び要件2を満たす意思があるため、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：(〒 - )

## 【精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名： 印

連絡先： 電話： FAX：

E-mail： ※複数アドレス記載可

連携を予定しているCPMS登録医療機関名：

## 登録通院医療機関の登録要件

### 【要件1】

- 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HbA1c検査結果を得ることができる(投与を中止する基準に達した場合、検査値が回復するまで休日を含め毎日血液検査と報告が可能である)
  - 2) 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能である(他の医療機関との連携も可)
    - ① 緊急時には、24時間の患者対応が可能である
    - ② CPMS登録医療機関の精神科医を介して、遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスが受けられ、緊急時には必要に応じて院内、CPMS登録医療機関またはCPMS登録医療機関と連携する医療機関にて入院治療を受けられる体制になっている
    - ③ 上記の対応について関係する医療機関との間で文書(提携文書)を交わした上での提携を行っている
  - 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
  - 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
- \*血液内科医、または無顆粒球症の治療に十分な経験を有する日本感染症学会員、日本臨床腫瘍学会員あるいはそれと同等以上とクロザリル適正使用委員会が判断した医師のいずれか

### 【要件2】

- 5) CPMS登録医、クロザリル管理薬剤師(連携先保険薬局所属のクロザリル管理薬剤師でも可\*\*、ただし、保険薬局に所属の薬剤師は、CPMSコーディネーター業務担当者との兼務は不可)、CPMSコーディネーター業務担当者が各々2名以上\*\*\*いる  
(医療機関所属のクロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネーター業務担当者と兼務可能)

(\*\*クロザリル管理薬剤師が連携先保険薬局所属の場合)保険薬局名：

- 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
- 7) CPMS運用手順を遵守することを約束する
- 8) 他のCPMS登録通院医療機関からの直接の転院要請または緊急時に搬送が困難な他地域に位置するCPMS登録医療機関からの転院要請は受けないと約束する

\*\*保険薬局と連携する場合は、連携先保険薬局が様式14を提出する必要があります。

\*\*\*登録要請する医療従事者は、個別に「クロザリル講習(Web講習)」の受講申込みが必要です。