

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：他の医療機関との連携も可)
 - 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 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
 - ② 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、耐糖能異常発現時の医療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。

【様式 1-2】 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)

医療機関としてCPMSへの登録を希望する場合に医療機関の登録要件1及び要件2を満たす意思を表明し、クロザリルWeb講習受講を要請する書類です。

精神科の長が署名または記名・捺印

※ ふりがなもご記載ください。

電話・FAX・E-mailアドレスを記載

※ 電話・FAX・E-mailアドレスは個人のもの以外に、施設の代表番号等の共有のものでも構いません。

※ E-mailアドレスは、精神科の長のアドレス以外に複数記載可能です。

記載されたアドレスにクロザリルWeb講習受講の案内が送付されます。精神科の長以外の方（クロザリルWeb講習受講案内メールを他の医療従事者へ転送する代表者）にも送付を希望される場合は、その方のアドレスもご記載ください。なお、記載する場合は精神科の長のアドレスの後にご記載ください。

クロザリル管理薬剤師が連携先保険薬局所属の場合は保険薬局名を記載

◆注意 1◆

CPMS未登録の保険薬局と連携する場合は、保険薬局より様式14「保険薬局のCPMS登録及び研修要請書」の提出が必要です。

◆注意 2◆

クロザリルWeb講習受講要請時に登録要件をすべて満たしている必要はありませんが、登録申請時には様式10-2「医療機関のCPMS登録要件確認書(CPMS登録通院医療機関用)」にて登録要件を満たしていることを確認します。

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、登録要請時までに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：2022年 5月 6日

【要請医療機関】

(ふりがな)

医療機関名：

のぼるていすびょういん
ノバルティス病院

所在地：(〒105-6333) 東京都港区虎ノ門1丁目2番100号

【精神科の長の署名または記名・捺印】

(ふりがな)

氏名：

黒座 理瑠 (黒座)

連絡先： 電話：03-2345-9876 FAX：03-7654-3210

E-mail：clo@nova.com, abcd@nova.com

※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：ノバ大学医学部附属病院

登録通院医療機関の登録要件

【要件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(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：他の医療機関との連携も可)
- 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)
 - CPMS登録医療機関の精神科医を介して、滞りなく血液内科医等*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
 - 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
- 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
- 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】

- 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コーディネイト業務担当者との兼務は不可)、CPMSコーディネイト業務担当者が各々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コーディネイト業務担当者とは兼務可能)

(**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：ノバルティス薬局 虎ノ門店

- 無顆粒球症、耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成する
- CPMS運用手順を遵守することを約束する
- 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。

***登録を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。