

# 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、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： 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

## 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
  - ① 遅滞なく血液内科医等\*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)
  - ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保などの感染症対策が可能である
  - 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)
  - 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
  - ⑤ 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されている
- 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

### <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原則として、要件Aを確認してください。

ただし、要件Aを満たすことが難しい場合には、要件Bを満たすことを確認してください。

#### 要件A

- ▶ 血液内科医等\*及び精神科医が常勤している
- ▶ 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
- ▶ CPMS登録医療機関との間で、遅滞なく血液内科医等\*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(提携文書)を交わした上での提携を行っている

#### 要件B

- ▶ 血液内科医等\*が常勤している
- ▶ CPMS登録医療機関に対して、遅滞なく血液内科医等\*のアドバイスを提供することのみならず、血液内科医等\*による治療が必要な緊急時には、患者を連携先医療機関に搬送してCPMS登録医療機関の精神科医と共に治療にあたるか、もしくは、連携先医療機関の血液内科医等\*がCPMS登録医療機関で精神科医と共に治療にあたることを文書(提携文書)で交わした上で提携を行っている

\*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, 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)
- 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

\*\*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。

## 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、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 4月 1日

【要請医療機関】

(ふりがな)

医療機関名:

のば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

## 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
    - ① 遅滞なく血液内科医等\*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)
    - ② 抗菌剤の投与や必要に応じた個室の確保などの感染症対策が可能である
    - 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)
    - 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
    - ⑤ 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されている
  - 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
- <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原則として、要件Aを確認してください。  
ただし、要件Aを満たすことが難しい場合には、要件Bを満たすことを確認してください。  
要件A

## 【要件2】

- 5) 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コーディネイト業務担当者とは兼務可能)
  - 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
- \*\*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】

## 医療機関のCPMS登録に関する研修要請書

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、PCのアドレスのみ記載可能です。
  - ※ 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。

## ◆注意◆

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「医療機関のCPMS登録要件確認書」にて登録要件を満たしていることを確認します。