

医療機関のCPMS登録要件確認書 (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

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
署名または記名・捺印： _____ 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HbA1cの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) 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(他の医療機関との連携も可)【①及び②にチェックがある】.... Yes ☐
 - 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 Yes ☐
 - 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(その書面の写しが必要) Yes ☐

医療機関名： _____

*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

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

医療機関名： _____

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

【要件2】

- 5) クロザリル講習を修了したCPMS登録医を2名以上有する Yes ☐
- 6) クロザリル講習を修了したクロザリル管理薬剤師を2名以上有する Yes ☐
(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コーディネート業務担当者との兼務は不可)
- 7) クロザリル講習を修了したCPMSコーディネート業務担当者を2名以上有する Yes ☐
(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)
- 8) 無顆粒球症、耐糖能異常発現時の医療連携手順書を作成した Yes ☐
- 9) 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。ただし、これらの状況に該当する患者の転院について、CPMS登録通院医療機関が、あらかじめ連携しているCPMS登録医療機関より、緊急時の搬送対応について合意を得られている場合にはこの限りでない Yes ☐

転院元CPMS登録医療機関名： _____