

保険薬局における手術前中止薬の 薬剤管理手順書

春日井市薬剤師会
春日井市民病院 薬剤部

本手順書は春日井市薬剤師会と春日井市民病院の取り決めの基に作成されました。

【目次】

1. 目的
2. 手術前中止薬管理の薬薬連携運用フロー
3. 保険薬局における対応
 - 3-1. 市民病院よりFAX送信された「入院前中止指示薬剤の管理依頼書」の内容確認
 - 3-2. 患者来局時の対応
 - 3-3. 薬剤管理指導後の対応
4. よくある質問

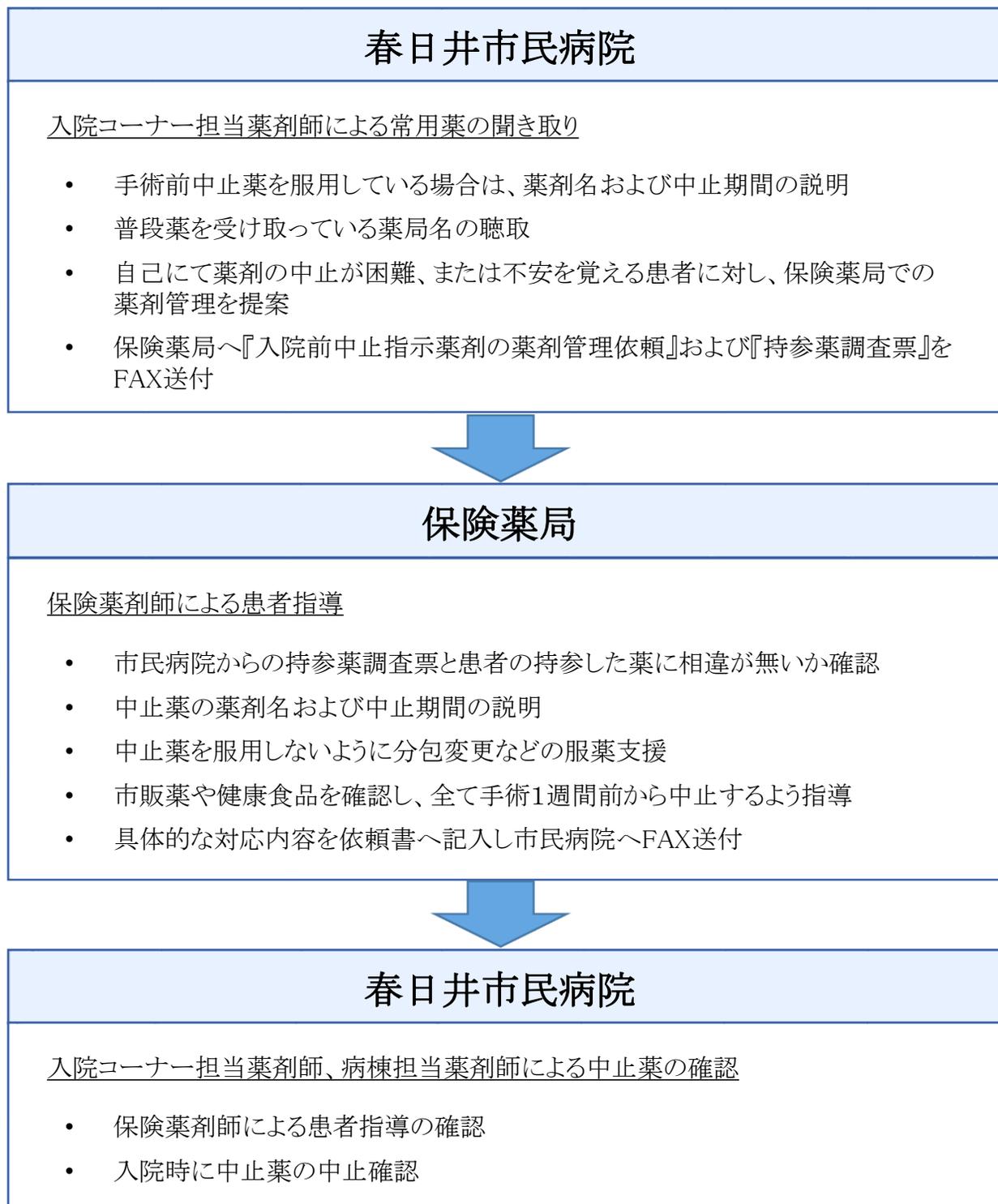
(添付資料)

- ① 入院前中止指示薬剤の管理依頼書
- ② 当院より送付する持参薬調査票(例)
- ③ 手術を行う際に注意すべき薬剤一覧

1. 目的

春日井市民病院と春日井市内の保険薬局が連携し、手術前患者に対する手術前中止薬の誤服用を防止するための薬剤管理指導および服薬支援を行うことで、患者に安心かつ安全な医療を提供することを目的とする。

2. 手術前中止薬管理の薬薬連携運用フロー



3. 保険薬局における対応

3-1. 市民病院よりFAX送信された「入院前中止指示薬剤の管理依頼書」の内容確認

- A) 入院前中止指示薬剤の管理依頼書に記載された氏名、住所などの患者情報を確認する
- B) 『薬剤管理依頼 -詳細-』欄に記載された事項を確認する
 - 『薬剤管理依頼 -詳細-』に記載された、箇条書き4項目の記載内容を確認する
 - 「貴薬局への訪局予定日」を確認し、来局時に対応できるようにする
 - 「入院予定日」および「手術・検査予定日」を確認する
- C) 『薬剤の中止期間及び名称』欄に記載された「中止する期間」および「中止薬剤名」を確認し、添付の持参薬調査票と相違がないか確認する

3-2. 患者来局時の対応

- A) 患者氏名を確認し、実際に持参された薬と持参薬調査票の内容に相違が無いか確認する
 - 内容に相違があり、『薬剤の中止期間及び名称』欄に記載されていない術前中止薬があった場合は速やかに市民病院へ連絡する
- B) 『薬剤管理依頼 -詳細-』欄に記載された事項をそれぞれ行う
 - 中止薬の名称と、中止期間の説明を行う
 - 中止薬剤を一包化から抜いて必要日数分を再分包するなど、服薬アドヒアランスの向上を目的とした服薬支援を行う
 - 服用している市販薬や健康食品を確認し、全て手術1週間前から中止するよう指導する

3-3. 薬剤管理指導後の対応

- A) 入院前中止指示薬剤の管理依頼書の返信欄へ具体的な指導内容を記入し、訪局予定日の翌日までに市民病院へFAX送信する

4. よくある質問

Q. 訪局予定日までに患者さんが来局しなかった場合の対応は？

A. 患者さんへ連絡してください。連絡が取れない場合は市民病院へ連絡してください。

Q. 薬剤管理指導・服薬支援をしても中止薬を誤服用してしまった場合の責任は？

A. 説明が行われており、重大な誤り(瑕疵)が無ければ患者さんの自己責任です。

Q. FAXに添付された持参薬調査票に未記載の薬を持参された場合の対応は？

その薬が術前中止薬に該当した場合の対応は？

A. 持参薬調査票に未記載の薬があればFAX送信の際に記載をお願いします。

その薬が術前中止薬に該当した場合は速やかに市民病院へ連絡してください。

Q. 初来局の患者さんが来ることはありますか？

A. 基本的にはありませんが、患者さんが希望した場合は来局されることがありえるので是非対応をお願いします。

(添付資料)

①

保険薬局名

〒486-8510

愛知県春日井市鷹来町 1-1-1

担当薬剤師様

春日井市民病院

TEL

院長 渡邊 有三

FAX

入院前中止指示薬剤の薬剤管理依頼

平素よりお世話になります。

この度、貴薬局にて薬剤管理されている患者が当院へ入院されることとなりました。

ご多忙のところ恐れ入りますが、入院にあたり手術や検査を安全に実施するため、以下の薬剤管理をお願い申し上げます。

(ID)	(フリガナ)	(性別)	(生年月日)
0000000035	ヤツキヨク ダミークン	女性	昭和 04 年 01 月 05 日

(住所) 486-0848

(TEL) 052-231-4661

愛知県春日井市上八田町 6 3 6 3

薬剤管理依頼-詳細-

- 下表「薬剤の中止期間および名称」に記載された中止薬剤の指導
- 中止薬剤が一包化されている場合は、分包変更等の服薬支援
- 市販薬や健康食品等を確認し、手術・検査の一週間前より全て中止するよう指導
- 訪局予定日の翌日までに、対応内容を本依頼書の(返信欄)に記載し、FAXで返信

【 貴薬局への訪局予定日 月 日 】 (入院予定日： 月 日)
(手術・検査予定日： 月 日)

薬剤の中止期間および名称

(中止する期間)	(中止薬剤名)
<input type="checkbox"/> 月 日 ~手術・検査日まで	ここに中止薬剤の名前を入力する
<input type="checkbox"/> ~手術・検査日まで	
<input type="checkbox"/> ~手術・検査日まで	
<input type="checkbox"/> ~手術・検査日まで	

市販のお薬、健康食品、サプリメントは、手術の一週間前より中止してください。

日付

依頼日付

担当薬剤師

薬剤師名

(返信欄)

日付

月 日

担当薬剤師

上記内容について確認し、指導しました。

(具体的な対応内容)

◆ 万一、添付の持参薬調査票に未記載の術前中止薬を服用していた場合、当院へ速やかにご連絡ください(術前中止薬の一覧：春日井市民病院薬剤部 HP 掲載)

問い合わせ TEL 0568-57-0057 (入院コーナー担当薬剤師 内線：7391)

返信先 FAX 0568-57-0094 (薬剤部)