

髄膜炎菌ワクチン接種証明書/同意説明確認書/適正使用情報受領確認書 兼 C5阻害剤併用確認書

医療機関名：
 医師署名または記名・捺印：
 署名は自署をお願いします。
 捺印はご本人が行ってください。

確認年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

● 枠内の該当する選択肢にチェックを付け、下線部にご記入ください。

① C5阻害剤併用確認書

当該患者様は、どちらの薬剤を使用していますか？ ユルトミリス® ソリリス®

② 髄膜炎菌ワクチン接種証明書

私は、当該患者様が下記のワクチンを接種したことを確認しました。 直近のワクチン接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

髄膜炎菌ワクチン商品名：
 メンクアッドフィ®筋注* (国内承認医薬品) メナクトラ®筋注* (国内承認医薬品)
 Mencevax Menactra(個人輸入品) Menveo MenQuadfi(個人輸入品) Penbraya その他 (_____)

***メンクアッドフィ®筋注又はメナクトラ®筋注を接種される先生へのお願い**
 メンクアッドフィ®筋注又はメナクトラ®筋注による副反応が発現した場合は、サノフィ株式会社への報告をお願いします。

ワクチン未接種（5年以内での未接種を含む）でボイデヤ®を使用開始する場合は、下記をご確認下さい。

↓チェック
 私は、当該患者様にボイデヤ®を使用するに先立ち、髄膜炎菌感染症の発現リスク、髄膜炎菌ワクチンを接種することのリスクと有益性を患者様に説明致しましたが患者様はワクチン未接種で治療を選択しました。

③ 同意説明確認書

↓チェック
 私は、「同意説明文書」「ボイデヤ®錠を服用されるPNH患者さんとご家族の方へ」「患者安全性カード（ボイデヤ®併用）」の内容を髄膜炎菌ワクチン接種及び再接種の必要性並びに患者様データの取扱いを含め、患者様に説明し、全ての質問に答え、患者様と一緒に「患者安全性カード（ボイデヤ®併用）」に全ての重要情報を記入し、同意を得ました。

↓チェック
 私は、髄膜炎菌感染症が疑われる場合の緊急時受診可能医療機関として、患者様/ご家族と相談のうえ、「患者安全性カード（ボイデヤ®併用）」に記載する緊急時受診可能医療機関を設定しました。

同意取得日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

④ 適正使用情報 受領確認書

「適正使用ガイド」の最新版を受領しましたか？ : はい いいえ

「ボイデヤ®錠を服用されるPNH患者さんとご家族の方へ」の最新版を患者様/ご家族へ提供されましたか？ : はい いいえ

「患者安全性カード（ボイデヤ®併用）」の最新版を患者様/ご家族へ提供されましたか？ : はい いいえ

担当 MCC: _____ 配布日: _____

登録番号(患者コード)*									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 上記①にてユルトミリス®/ソリリス®の併用が確認された場合は、MCCは当該薬剤の登録番号（患者コード）を記載してください