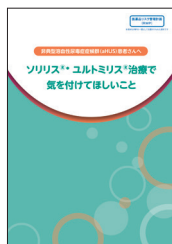


ソリリス®/ユルトミリス®投与開始までのステップ

STEP 1 患者さんへの有効性・安全性の紹介と資料の配布

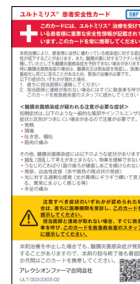
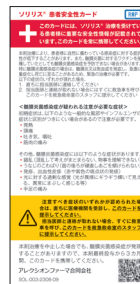
『患者さんへの説明資料』①を使用して、ソリリス®/ユルトミリス®の有効性・安全性を説明してください。また『ソリリス®/ユルトミリス®患者安全性カード』②に施設情報をご記入の上、患者さんに渡して、日頃から携帯してもらうよう説明してください。

① 患者さんへの説明資料



② ソリリス®/ユルトミリス®患者安全性カード

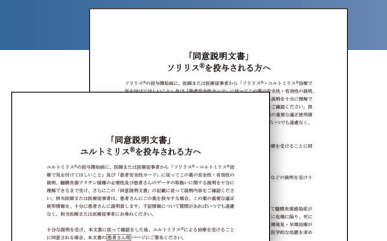
必要事項を記入し、髄膜炎菌感染症が疑われる症状にて病院へ行った場合に備え、日頃から携帯してください。



STEP 2 『同意説明文書』への署名

ソリリス®/ユルトミリス®の使用に関して、患者さんの同意が得られましたら、『同意説明文書』③に必要事項をご記入の上、患者さんをご施設の双方で保管してください。

③ 同意説明文書



STEP 3 髄膜炎菌ワクチンの接種*

ソリリス®/ユルトミリス®の投与開始の少なくとも2週間前までに髄膜炎菌ワクチンを接種してください。

* ワクチン接種前あるいはワクチン接種後2週間以内にソリリス®/ユルトミリス®を投与する必要がある場合には、ワクチン接種後2週間は抗菌剤（感染症の治療薬）が併用されることがあります。髄膜炎菌ワクチンは5年ごとに追加接種が推奨されています。

STEP 4 『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 aHUS ソリリス®/ユルトミリス®患者様登録申請書』の送付

『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 aHUS ソリリス®/ユルトミリス®患者様登録申請書』④に必要事項をご記入ください。ご記入後、下記の番号へFAXもしくは担当者にPDFをEメールにてお送りください。

送付先：**0120-926-091** (アレクシオンファーマ合同会社)

担当者名：

メールアドレス：

④

送付先 FAX: 0120-926-091 (アレクシオンファーマ合同会社) ソリリス®/ユルトミリス®患者様登録申請書

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 aHUS ソリリス®/ユルトミリス®患者様登録申請書

送付先 FAX: 0120-926-091 (アレクシオンファーマ合同会社) ユルトミリス®/ソリリス®患者様登録申請書

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 aHUS ユルトミリス®/ソリリス®患者様登録申請書

送付先 FAX: 0120-926-091 (アレクシオンファーマ合同会社) ユルトミリス®/ソリリス®患者様登録申請書

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 aHUS ユルトミリス®/ソリリス®患者様登録申請書

STEP 5 ソリリス®/ユルトミリス®の投与開始

【お問い合わせ先】

アレクシオンファーマ合同会社

メディカル インフォメーション センター

〒108-0023 東京都港区芝浦3丁目1番1号

田町ステーションタワーN

フリーダイヤル: 0120-577-657

受付時間: 9:00～17:30(土、日、祝日及び当社休業日を除く)