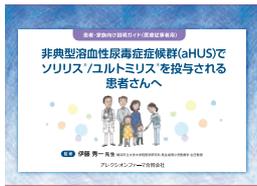


ソリリス®/ユルトミリス®投与開始までのステップ

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

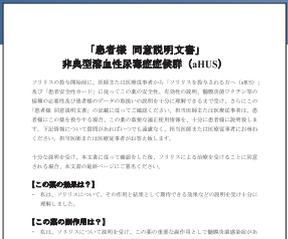
必要事項を記入し、髄膜炎菌感染症が疑われる症状にて病院へ行った場合に備え、日頃から携帯してください。



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、患者さんごと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(メナクトラ®筋注)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週間以内にこの薬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(メナクトラ®筋注)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 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 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:

2週間以上あける

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
フリーダイヤル:0120-577657
受付時間:9:00~18:00(土、日、祝日及び当社休業日を除く)



HUS035-2010
2020年10月作成