

## 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。

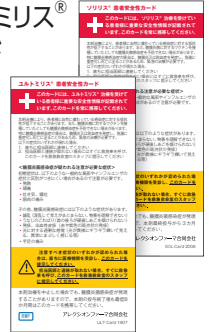
また『ソリリス®/ユルトミリス®患者安全性カード』(②)に施設情報をご記入の上、患者さんに渡して、日頃から携帯してもらおうよう説明してください。

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

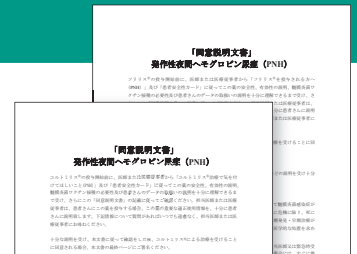
必要事項を記入し、髄膜炎菌感染症が疑われる症状にて病院へ行った場合に備え、日頃から携帯してください。

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(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(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:

④

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:9:00~18:00(土、日、祝日及び当社休業日を除く)

ALEXION®  
AstraZeneca Rare Disease

ソリリス®  
(エクリズマブ)

ユルトミリス®  
(ラブリズマブ)

PNH040 (2)-2201  
2022年1月改訂