

ソリリス®/ユルトミス®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、患者さんにお渡しして、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

ソリリス®版



ユルトミス®版



共通版



② ソリリス®/ユルトミス®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で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、患者さんとご施設の双方で保管してください。

③

**「同意説明文書」
ソリリス®を投与される方へ**

ソリリス®の投与開始前に、医師または医療従事者から、ソリリス®/ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。また、ソリリス®/ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。また、ソリリス®/ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。

**「同意説明文書」
ユルトミス®を投与される方へ**

ユルトミス®の投与開始前に、医師または医療従事者から、ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。また、ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。また、ユルトミス®の副作用や禁忌事項について説明を受けること。

STEP 3 髄膜炎菌ワクチンの接種*

ソリス®/ユルトミス®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週間以内にソリス®/ユルトミス®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、メンクアッドファイ®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 ソリス®/ユルトミス®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 ソリス®/ユルトミス®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をお願いいたします。

送付先：**0120-926-091**
(アレクシオンファーマ合同会社)

The image shows a multi-page FAX form. A circled number '4' is placed over the top left of the form. The form contains various fields for patient information, consent, and registration details. The header includes the fax number 0120-926-091 and the company name 'ALEXION'.

STEP 5 ソリス®/ユルトミス®の投与開始

緊急な治療を要する場合等を除いて、原則、ソリス®/ユルトミス®投与開始の少なくとも2週間前までに髄膜炎菌に対するワクチンを接種し、投与を開始してください。

[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

ソリス®
(エクリズマブ)

ユルトミス®
(ラブリスマブ)