

クロザピン導入依頼のチェックリスト

このリストを用いて注意点をご確認いただき、この用紙を添付してご依頼ください。

✓	以下のことについて、了承いただけたらチェックしてください
	保護室の空き状況等により、同時に受け入れ可能な患者様には限りがあり、また、外来クロザピン患者の許容数にも限りがあります。したがって、クロザピン導入による治療効果が期待できる症例で、かつ導入後のクロザピン継続治療は元の医療機関において行っている場合に限って、当院の空き病床の範囲でご依頼を検討させていただくことになります。（患者様をお戻りするまでに、貴院においても、CPMS登録が必要となります。）
	ご依頼を受けた後、当院内のカンファレンスで適応を検討します。当院の病床状況によって、受け入れが数ヶ月先となることもあります。
	受け入れが決定した場合は、当院への受診日を調整します。原則として受診当日に入院となります。
	治療導入後は、改善の有無にかかわらず、患者様は貴院へお戻りいただきます。また、受け入れ後に適応がないと判断された場合や治療中断となった場合にも貴院へお戻りいただきます。
	当院へ入院後にクロザピンの説明や同意書取得を行います。貴院においても事前に概略について本人およびご家族にご説明願います。

✓	以下のことについて、実施いただけたらチェックしてください
	上記了承事項について、患者様およびご家族様に説明しました。
	資料①「クロザピルの説明文書」の1ページから5ページまでの範囲について、概要を本人もしくは家族に説明しました。
	「クロザピン導入依頼用紙」へ必要事項を記入しました。
	以下について依頼用紙に明記しました。 「治療抵抗性の根拠」「検査結果」「禁忌該当の有無」

主治医の署名をお願いします

医療機関名：

主治医署名：