

月経困難症治療剤 ヤーズ® 配合錠

「処方時チェックシート」の解説

このチェックシートは、ヤーズ配合錠の処方に際し、**投与禁忌にあたる患者さんの除外**、**および血栓症リスク症例**の確認ための問診にお役立ていただく資材です。実際の処方にあたっては、添付文書における記載事項を併せてご確認いただき、ご処方ください。

★裏面のD.I.欄もご利用ください

| 月経困難症治療剤 ヤーズ配合錠 処方時チェックシート | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 記入日： 年 月 日 | お名前： | |
| <本チェックシートの目的> このチェックシートは、本薬剤をあなたに処方も問題ないかどうかを確認するためのものです。 安心して服用して頂くために、わからないことは医師等に質問して、正しい情報を記載して下さい。 | | |
| 年齢： 身長： 血圧*: 上 / 下 mmHg * 定期的に測定しているなどわかれはご記入下さい | 40歳以上 | ● |
| 1 脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管疾患またはその既往歴がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 これまで血栓症*にかかったことがありますか？ *血栓症とは：血管内に血の塊（血栓）が詰まる疾患で、医療機関での早急な対応が必要です 静脈血栓症としては、深部静脈血栓症・肺塞栓症（いわゆるエコノミークラス症候群、ロングフライト症候群）などがあります | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3 家族に血栓症を起こした方はいらっしゃいますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 激しい頭痛や片頭痛がありますか？ その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 喫煙しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はい(喫煙する)とお答えの方にお尋ねします。 喫煙年数 ()年 現在の喫煙本数 1日 ()本 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6 高血压といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 糖尿病といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 脂質代謝異常(高脂血症)といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9 最近、生活や運動について制限されるなど、医師から「安静」の指示を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？または今後4週間以内に手術の予定がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 11 産後4週以内ですか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 12 今までに経口避妊薬またはホルモン薬を服用して、過敏症状(呼吸困難、じんま疹、湿疹・発疹など)を経験したことがありますか？ (服用していた薬剤名) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 13 今までに乳がん、子宮体がん、子宮頸がんがあるといわれたことがありますか？ ある場合は、該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 14 肝障害や肝腫瘍と診断されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 15 腎障害といわれたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 16 不正性器出血(月経とは異なる時期の出血)がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 17 耳硬化症*といわれたことがありますか？ *中耳にある小さな骨が、振動できなくなり音を伝えられなくなる病気で、難聴の原因になります | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 18 妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスと診断されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 19 妊娠または授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 20 妊娠を希望していますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| <服用している薬剤について> | | |
| 現在服用している薬剤はありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| はい(服用している薬剤あり)とお答えの方は薬剤名をご記入下さい () () () | | |
| <その他気になることがあればご記入下さい> | | |

バイエル薬品株式会社

ヤーズ® 配合錠を安全にお使いいただくにあたって

「禁忌」項目に1項目でも該当する場合 → 本剤の投与は**避けてください**。

「慎重投与」項目に該当する場合 → 定期的に診察や検査を行うなど、**慎重な観察をお願いいたします**。

血栓症のリスクファクターを持つ患者さんへの処方について

- EP配合剤*の服用により血栓症のリスクは上昇すると考えられます。
特に、**複数のリスクファクター**を持つ患者さんには、**リスクベネフィット**を十分考慮したうえで処方をご検討ください。
- EP配合剤**服用開始3ヵ月以内**は血栓症の発現が多く観察されるとされているため、この間は**十分な観察**をお願いいたします。

* EP配合剤:エストロゲン・プロゲスチン配合剤

| | | |
|--------|---|---|
| 年齢 | 40歳以上 | 40歳以上の患者は 慎重投与 です。(一般に心筋梗塞等の心血管系の障害が発生しやすい年代のため) |
| 身長・体重 | 肥満 | 肥満の患者(BMI30以上)は 慎重投与 です。(血栓症等の心血管系の障害が発生しやすくなるとの報告があります。) |
| 心血管系疾患 | 血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患又はその既往歴のある患者、肺高血圧症又は心房細動を合併する心臓弁膜症の患者、亜急性細菌性心内膜炎の既往歴のある心臓弁膜症の患者は 投与禁忌 です。 心臓弁膜症の患者は 慎重投与 です。(血栓症等の心血管系の障害が発生しやすくなるとの報告があります。) | |
| 家族歴 | 血栓症の家族歴 | 持つ患者は 慎重投与 です。(血栓症等の心血管系の障害が発生しやすいとの報告があります。) |
| 片頭痛 | 肝腫瘍、重篤な肝障害の場合 | 前兆(閃輝暗点、星形閃光等:目がチカチカするなど)を伴う片頭痛の患者は 投与禁忌 です。 前兆を伴わない片頭痛の患者は 慎重投与 です。(脳血管障害(脳卒中等)が発生しやすくなるとの報告があります。) |
| 喫煙 | 35歳以上で1日15本以上の喫煙者 | は 投与禁忌 です。 喫煙者は 慎重投与 です。(心筋梗塞等心血管系の障害が発生しやすくなるとの報告があります。) 喫煙者に関しては禁煙の指導をお願いいたします。 |
| 血圧 | 高血圧 | ある患者(軽度を除く)は 投与禁忌 です。 軽度の高血圧の患者は 慎重投与 です。(血栓症等の心血管系の障害が発生しやすくなるとの報告があります。) <参考> 慎重投与:収縮期血圧140~159mmHgまたは拡張期血圧90~99mmHg、コントロールされた高血圧症も含む(妊娠中の高血圧の既往も含む) 禁 忌:収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上、または血管病変を伴う高血圧 |

OC・LEPガイドライン 2015年度版 編集・監修:日本産科婦人科学会より作成(一部改変)

【注意】国内におけるヤーズ® 配合錠の適応は月経困難症です。

