


# スチバーガ®を服用される患者さんへの説明・確認項目

## 【表面】

		年 月 日 記載者( )	
ID:			
患者氏名:		生年月日: 年 月 日 ( 歳)	性別: 男 ・ 女
医療機関名:		診療科:	処方医: 先生
( )サイクル目		前回服用期間: 月 日 ~ 月 日 ( 日間)	1日錠
		休薬期間: 月 日 ~ 月 日 ( 日間)	残薬: 有( 錠) ・ 無
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 薬服用: 無 ・ 有(薬剤名・量: )	<input type="checkbox"/> PS ( 0 1 2 3 4 )	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 薬服用: 無 ・ 有(薬剤名・量: )	<input type="checkbox"/> 体重( kg)	
	<input type="checkbox"/> ( )		
	<input type="checkbox"/> ( )		
<input type="checkbox"/> ( )			
<b>■実施検査チェック</b>			
<input type="checkbox"/> 血液検査( 血液一般 ・ 生化学 ・ 凝固 ・ 免疫/血清学 )		検査日: 月 日	
<input type="checkbox"/> 尿検査		検査日: 月 日	
<input type="checkbox"/> X線( 胸部 ・ 腹部 )		検査日: 月 日	
<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> CT( )	
<b>■患者さんから聞き取り・確認すること</b>			
身体 の状態	<input type="checkbox"/> 前治療での副作用による影響があるか? 無 ・ 有( )		
	<input type="checkbox"/> 皮膚の状態は? 普通 ・ 乾燥しやすい ・ 荒れやすい		
	<input type="checkbox"/> 疲労感があるか? 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 排便状態は? 硬い ・ 普通 ・ やわらかい ( 回/日) 下剤: 使用 ・ 未使用		
手足 の状態	<input type="checkbox"/> 乾燥している箇所は? 無 ・ 有	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p style="color: green; margin: 0;">手足の異常箇所</p>  </div>	
	<input type="checkbox"/> 保湿剤を使用する習慣は? 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 赤くなっている箇所は? 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 硬くなっている箇所は? 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 靴擦れは? 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 胼胝・ウオノメ 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 白癬 無 ・ 有		
	<input type="checkbox"/> 仕事で手足をよく使うか? 使わない ・ 使う		
<input type="checkbox"/> 日課で手足をよく使うか? 使わない ・ 使う			
<input type="checkbox"/> 趣味で手足をよく使うか? 使わない ・ 使う			
<b>■患者さんへの説明が必要なこと(※スチバーガを初めて服用するとき)</b>			
日常 生活	<input type="checkbox"/> 保湿剤の必要性・塗るタイミング・回数など		
	<input type="checkbox"/> 自身で手足の観察をすること		
手足 への 刺激の 除去	<input type="checkbox"/> 足の保護: 靴のチェック、靴下など(圧が少ないものを使用)		
	<input type="checkbox"/> 手の保護: 手袋の着用		
	<input type="checkbox"/> 入浴時の注意: 長時間湯につからない		
	<input type="checkbox"/> 石鹸の選択(刺激の少ないもの)		
	<input type="checkbox"/> 日焼けをさける		
<input type="checkbox"/> エアコンなどの風に直接あたらない			
<input type="checkbox"/> 手や足に負荷がかかることはさける			
<b>■説明資料の提供(※スチバーガを初めて服用するとき)</b>			
<input type="checkbox"/> スチバーガ錠を服用される患者さんへ (日付: / 、サイン: )			
<input type="checkbox"/> スチバーガ服用ダイアリー (日付: / 、サイン: )			
<input type="checkbox"/> スチバーガの手足症候群がわかるQ&A (日付: / 、サイン: )			
<b>■他科・他院受診( 有 ・ 無 )</b>			
<input type="checkbox"/> 皮膚科( 医師)			
<input type="checkbox"/> 循環器科( 医師)			
<input type="checkbox"/> その他( 科 医師)			
<input type="checkbox"/> 他院(病院名: )		受診目的:	通院間隔: 週1回 処方: 無 ・ 有)
<input type="checkbox"/> 他院(病院名: )		受診目的:	通院間隔: 週1回 処方: 無 ・ 有)

こちらの資料は、下記ホームページよりダウンロードできます。

<https://pharma-navi.bayer.jp/stivarga/>



**【裏面】**

■よくみられる副作用					
	確認する検査/症状	異常の有無		確認する検査/症状	異常の有無
肝機能障害	AST	有・無・未実施	高血圧	血圧が高い ( mmHg / mmHg)	有・無
	ALT	有・無・未実施		めまい、頭痛、頭が重い	有・無
	γGTP	有・無・未実施		いつもより肩が凝る	有・無
	T-Bil	有・無・未実施			
手足症候群	「ビリビリ」、「チクチク」、「むず痒い」	有・無	疲労	いつもより体がだるい ( 軽度 ・ 中等度 ・ 高度 )	有・無
	足の裏の痛み	有・無			
	皮膚の硬化	有・無	下痢	便回数( 回/日) ( やわらかい ・ 泥状 ・ 水様 )	有・無
	疼痛(手および足の裏)	有・無			
	皮膚の乾燥	有・無	発疹	ブツブツ	有(部位: )・無
	浮腫	有・無		発赤	有(部位: )・無
	赤く腫れている	有・無		痒み	有(部位: )・無
	皮が剥ける	有・無	食欲減退	食欲がない	有・無
	ひび割れた	有・無		体重が大幅に減る	有・無
	水疱	有・無	発声障害	声がかすれる	有・無
	潰瘍	有・無	発熱	体温: °C	有・無
	出血	有・無	蛋白尿	陰性(-)・陽性(+)	有・無

■発現頻度は高くないが注意すべき副作用  
 ・出血、間質性肺炎、中毒性表皮壊死症候群、皮膚粘膜眼症候群、多形紅斑、消化管穿孔、可逆性後白質脳症、血栓塞栓症、血小板減少症

※その他の処方薬

・保湿剤 : (薬剤名: ) / 処方: 有( 本)・無 < 自宅に手持ち 本 >

・ステロイド外用剤: (薬剤名: ) / 処方: 有( 本)・無 < 自宅に手持ち 本 >

・解熱剤 : (薬剤名: ) / 処方: 有( 錠/Cap)・無 < 自宅に手持ち 錠/Cap >

・降圧剤 : (薬剤名: ) / 処方: 有( 錠/Cap)・無 < 自宅に手持ち 錠/Cap >

・止瀉剤 : (薬剤名: ) / 処方: 有( 錠/Cap)・無 < 自宅に手持ち 錠/Cap >

【 特記事項 】