

スマイラフ錠 投与開始前 検査項目チェックリスト

スマイラフ錠(以下、本剤)の投与に際し、適正使用の推進と患者の安全性確保のために、以下の項目に注意しながら検査を行い、患者の状態を投与開始前に確認してください。

検査項目

結核	胸部レントゲン (CT検査)による結核所見	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有……………本剤投与開始前に複数の検査を実施し、適切に感染の有無を確認してください。なお、必要に応じて本剤投与開始前に適切な抗結核薬を投与してください。
	インターフェロン- γ 遊離試験又はツベルクリン反応検査結果	<input type="checkbox"/> 陰性又は+1、+2 <input type="checkbox"/> 陽性又は+3……………本剤投与開始前に複数の検査を実施し、適切に感染の有無を確認してください。なお、必要に応じて本剤投与開始前に適切な抗結核薬を投与してください。
B型肝炎	HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性……………肝臓専門医にご相談の上、対応してください。
	HBc抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性……………本剤投与開始前にHBV DNA 定量検査を行い、20 IU/mL (1.3 LogIU/mL) 以上の場合は肝臓専門医に相談してください。20 IU/mL (1.3 LogIU/mL) 未満の場合でも、定期的にHBV DNA 量のモニタリングを行ってください。
	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性……………本剤投与開始前にHBV DNA 定量検査を行い、20 IU/mL (1.3 LogIU/mL) 以上の場合は肝臓専門医に相談してください。20 IU/mL (1.3 LogIU/mL) 未満の場合でも、定期的にHBV DNA 量のモニタリングを行ってください。
血液検査	好中球減少 (500/mm ³ 未満)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有……………本剤の投与は禁忌です。
	好中球減少 (1000/mm ³ 未満)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有……………本剤を投与しないことが望ましいです。
	リンパ球減少 (500/mm ³ 未満)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有……………本剤の投与は禁忌です。
	ヘモグロビン減少 (8g/dL未満)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有……………本剤の投与は禁忌です。