

エピペン®注射液 0.15mg・0.3mg の処方手順



エピペン®注射液0.15mg・0.3mgの処方には、承認条件によりあらかじめエピペン®オンライン登録講習の受講が必要です。エピペン®の処方に際しては、以下の手順でご処方ください。

1

問診と必要性の判断および インフォームドコンセントの実施

患者さんのアナフィラキシーの既往歴やアナフィラキシーを発現する危険性から処方の必要性をご判断ください。
エピペン®の正しい使い方、使用時に発現する可能性のある副作用、保存方法などの注意事項をエピペン®の使い方動画（エピペン®サイト内Web動画）、エピペン®ガイドブック、練習用トレーナーなどを用いて患者さんにご説明、ご指導ください。



【練習用エピペン®トレーナー】



【エピペン® ガイドブック】

2

同意書への署名

説明の内容を患者さんが理解したことを「適正使用のための理解確認事項」にて確認のうえ、適正使用同意書に署名を得てください。

エピペン®注射液 適正使用のための理解確認事項	
問 題	こ 答 へ
1. アナフィラキシーについてご説明の旨をお読みください。	はい () いいえ ()
2. エピペン®はアナフィラキシー発症時の緊急時に使用するだけであり、治療期間中の症状の軽微化や予防に使用してはならないこと、発症時にも適切な処置が必要であることを説明しました。また、発症するアナフィラキシーを予防するものではありません。	はい () いいえ ()
3. エピペン®使用時の注意（使用法と副作用、禁忌事項）をご説明しました。	はい () いいえ ()
4. エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()
5. エピペン®を処方する医師が、この理解確認事項に同意しています。	はい () いいえ ()
6. 処方されたエピペン®は、練習用トレーナー（練習用）と区別して使用し、エピペン®の使用法を説明したインフォームドコンセントの同意書（インフォームドコンセント）を添付し、エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()
7. エピペン®を処方した医師が、この理解確認事項に同意し、適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）を説明しました。また、処方されたエピペン®は、練習用トレーナー（練習用）と区別して使用し、エピペン®の使用法を説明したインフォームドコンセントの同意書（インフォームドコンセント）を添付し、エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()
8. エピペン®を処方した医師が、この理解確認事項に同意し、適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）を説明しました。また、処方されたエピペン®は、練習用トレーナー（練習用）と区別して使用し、エピペン®の使用法を説明したインフォームドコンセントの同意書（インフォームドコンセント）を添付し、エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()
9. 処方されたエピペン®は、練習用トレーナー（練習用）と区別して使用し、エピペン®の使用法を説明したインフォームドコンセントの同意書（インフォームドコンセント）を添付し、エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()
10. 処方されたエピペン®は、練習用トレーナー（練習用）と区別して使用し、エピペン®の使用法を説明したインフォームドコンセントの同意書（インフォームドコンセント）を添付し、エピペン®の適正使用（適正使用法と適正使用法に違反した場合のリスク）をご説明しました。	はい () いいえ ()

エピペン®注射液
適正使用のための
理解確認事項

必要な場合には保護者の署名も
得てください。

エピペン®注射液
適正使用同意書

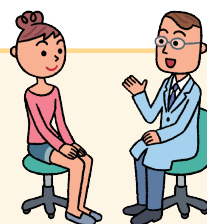
エピペン®注射液 適正使用同意書	
処方医師署名欄	患者署名欄
私はエピペン®を処方するために、上記の内容について説明・指導いたしました。	私はエピペン®に関する説明・指導および上記の説明・指導を受け、その内容を理解いたしました。私は注意事項を守り、自己の責任において本剤を適正に使用いたします。
西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
氏 名 _____	患 者 氏 名 _____
診療科名 _____	生 年 月 日 _____ 年 月 日
医師署名 _____	(必要な場合には、保護者の署名をお願いします)
	保護者署名 _____ (医療機関控え)

(注：本同意書は、患者さんと貴施設で保管してください)

3

投与のタイミング・使用方法の指導

アナフィラキシー反応は病状が進行性であり、初期症状や重症度は個々の症例により異なるため、本剤の注射のタイミングは、過去のアナフィラキシーの発現状況、初期症状等をご参考に、患者さんごとに個別にご指導ください。（「効能又は効果に関連する注意」参照）
また、練習用トレーナーを用い、日頃から使用方法を練習しておくようご指導ください。



連絡先シールの提供および 重要なお知らせ通知プログラムへの登録指導

連絡先シール

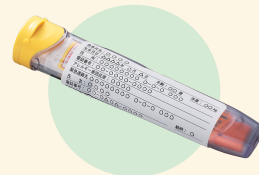
患者氏名: _____
 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳 体重: _____ kg
 住 所: _____
 電話番号: _____
 アレルギー歴既読済: _____
 緊急連絡先 氏名: _____ 電話番号: _____
 続柄: _____ 電話番号: _____
 病歴名: _____
 診断名: _____ 電話番号: _____

次のような状況が発生した時は、直ちに医師にご連絡ください。

・自己注射した時 ・本剤の不具合、副作用があった時 ・使用期限切れで追加した時
 ・フィアリス製薬会社 エビエンササポートセンター ☎ ☎ 0120-303-347

エピペン®を使用した際に治療医師が処方
医師と異なる場合は、治療医師から処方
医師に連絡していただくよう依頼すること
を患者さんにご指導ください。

●連絡先シールの貼付例



「重要なお知らせ通知プログラム」への登録

アプリをダウンロードし 登録する場合



スマホアプリ「マイエピ」をダウンロード
後にエピペン®新規追加ボタンをタップ
し、製造番号、使用期限を撮影



パソコンからメールで Web登録する場合



エピペン 検索

www.epipen.jp

「エピペン®」にアクセスし、重要なお知らせ通知プログラムの「新規登録」をクリックし、必要事項を入力して送信

**エピペン®に同梱されている
ハガキで登録する場合**



必要事項を記入して「エピペン® カスタ
マーサポートセンター」に郵送



使用期限の約1ヵ月前に、登録したメールアドレスへのメールとプッシュ通知でお知らせします。



使用期限の約1ヵ月前に、登録したメールアドレスにエピペン®の使用期限切れをお知らせします。



使用期限の約1ヵ月前に、エピペン® カスタマーサポートセンターより案内のハガキが郵送されます。

エピペン®使用後および使用期限切れ前の受診指導

エピペン®は、アナフィラキシー発現時の緊急補助的治療として使用するもので、医療機関での治療に代わり得るものではなく、エピペン®使用後には必ず医療機関を受診し、適切な治療を受けるようご指導ください。（注：使用後のエピペン®は、医師に渡すようご指導ください）

また、使用期限が切れる直前に未使用のエピペン®を医療機関に返却し、改めて医師の診察を受け、新しいエピペン®の処方を受けるようご指導ください。

