

ゾーフィゴ®静注 分取のためのチェックシート

分取作業日： 年 月 日			分取作業者名：		
患者情報ほか (発注書とその返信欄から転記)					
患者名：			患者ID：		
年齢： (歳)	体重： (kg)	受付番号 (受注書返信欄)：		納入本数： (本)	
納入日 (発注書返信欄)： 年 月 日			検定日 (発注書返信欄)： 年 月 日		
ゾーフィゴ®静注の情報 (納品書/鉛容器/バイアルのいずれかから転記)					
検定日 (納品書/鉛容器/バイアル)： 年 月 日			有効期限 (検定日の14日後)： 年 月 日		
投与量の決定 (数値・日付を記載、□のいずれかに✓)					
検定日からの経過日数： (日)		減衰係数：		体重 (kg) (直近の値をご使用下さい)：	
<input type="checkbox"/> 投与早見表から読み取った： 経過日数()日、体重()kg → ()mL <input type="checkbox"/> 下式から計算した：					
$\text{投与量 (mL)} = \frac{\text{体重 (kg)} \times 55 \text{ kBq/kg}}{\text{減衰係数 ()} \times 1,100 \text{ kBq/mL}} = () \text{ mL}$					
分取作業チェックシート (確認後に□に✓)					
<input type="checkbox"/> 納品書/鉛容器/バイアルに記載の検定日が、発注書返信欄の検定日と同じであることを確認した。 <input type="checkbox"/> 補助バイアルがある場合、2本の検定日と同じであることを確認した。 <input type="checkbox"/> 分取前のバイアルの放射能を測定し、下欄(A)に記入した。(補助バイアルがあれば(A')にも) <input type="checkbox"/> 注射液の変色や微粒子、容器の破損、その他の異常がないことを確認した。 <input type="checkbox"/> バイアルゴム栓を消毒用アルコール綿などで消毒した。 <input type="checkbox"/> バイアルを正立させたまま、通気針をバイアルのゴム栓に穿刺した。 <input type="checkbox"/> (液漏れが認められた場合)薬滴を消毒用アルコール綿などで拭き取った。 <input type="checkbox"/> カテラン針を装着した10mLシリンジを穿刺し、必要な薬液を分取した。 <input type="checkbox"/> 薬剤名、患者氏名を記入したシールをシリンジに貼付した。 <input type="checkbox"/> 分取後のバイアルの放射能を測定し、下欄(B)に記入した。(補助バイアルがあれば(B')にも)					

分取前放射能(A)	分取後放射能(B)	分取した数量(A - B)	2バイアルを 合計した分取数量 (MBq)	分取液量
(MBq)	(MBq)	(MBq)		(mL)
分取前放射能(A')	分取後放射能(B')	分取した数量(A' - B')		確認者
(MBq)	(MBq)	(MBq)		Ⓜ
補助バイアルを使用した場合に御記入下さい				