

スマイラフ錠チェックリスト

名前	年齢
----	----

B・C型肝炎ウイルス検査

HBs抗原() HBs抗体()

HBc抗体() HCV抗体()

(+)の場合、1～3か月ごとのDNA定量検査が必要です。
検査結果が判明次第、情報提供します。

併用を避ける薬剤

他のJAK阻害剤等の強力な免疫抑制剤(局所製剤以外)

TNF阻害薬等の製剤、IL-6阻害剤、T細胞選択的共刺激調節剤等の生物製剤

確認事項	疑義照会基準	/	/	/	/	/	/	/
白血球数	1000/mm ³ 未満							
Hb	8g/dL未満							
重度の肝機能障害	AST/ALT (100/100以上)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)	AST/ALT (/)
重篤な感染症	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
併用を避ける薬剤	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
活動性結核	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
妊娠	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
皮膚症状	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
発熱・咳嗽 呼吸困難など	有	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
その他特記事項								

※疑義照会基準に該当する場合など、必要に応じてフィードバックをお願いいたします。