

ゼルヤンツ錠チェックリスト

| | |
|----|----|
| 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、TNF阻害剤、IL-6阻害剤
 T細胞選択的共刺激調節剤等の生物製剤
 タクロリムス、アザチオプリン、シクロスポリン、ミゾリビン等の強力な免疫抑制剤（局所製剤以外）

| 確認事項 | 疑義照会基準 | / | / | / | / | / | / | / |
|-----------------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 白血球数 | 1000/mm ³ 未満 | | | | | | | |
| Hb | 8g/dL未満 又は2g/dl以上の低下 | | | | | | | |
| 重度の肝機能障害 | AST/ALT (100/100以上) | 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。