

【別紙】PBPM院内決裁様式(案)								
病院長 殿				院長	副院長	副院長	関連委員会 委員長など	(予備)
所属部署名	〇〇病院 薬剤部			申請日	年	月	日	
申請者(氏名)	△△ △△	印		承認日	年	月	日	
所属長・氏名	〇〇 〇〇	印		PBPM 開始日	年	月	日	
PBPMの名称	クロザピンの導入における患者への説明と同意取得に関するプロトコール							
目的	本プロトコールは、既に作成された同意説明文を用いて、医師の指示を受けた薬剤師が、医師の代行として患者への同意取得の説明を行い、医師による正式な同意取得を支援するものである。							
条件	同意取得文のほか、患者の理解をサポートするために用いる資材類は、あらかじめ医師にも内容を確認してもらい、医師の方針に沿った説明となるよう事前の打ち合わせを行うこと。							
手順	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.クロザピンを導入するための説明と同意取得が必要になった</li> <li>2.医師から薬剤師への依頼（説明・同意取得指示箋）</li> <li>3.説明及び同意取得に用いる資材の確認（医師と薬剤師のすり合わせ）</li> <li>4.対象者に対する説明の実施</li> <li>5.患者からの同意取得（2部作成し、患者用保管用は患者へ渡す）</li> <li>6.同意書を医師へ提出</li> <li>7.医師が内容を確認後、診療録内へ保存</li> </ol>							
施行薬剤師	全薬剤師 ・ 病院勤務5年以上の経験をもつ薬剤師 ←などの要件を記載							
備考	本導入により期待できること <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の業務負担軽減</li> <li>・当該医療の質の向上、安全なる実施</li> <li>・他職種との業務連携の充実、情報共有</li> <li>・薬剤費用の削減（ポリファーマシー対策による診療報酬上の加点）</li> </ul> ↑などを記載する							