

バルデナフィル錠「サワイ」 処方時 チェックリスト

<バルデナフィル錠「サワイ」を服用できない方>

	チェック項目	チェック欄
1	本剤の成分(バルデナフィル塩酸塩水和物)に対し、過敏症(アレルギー)をおこしたことがある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2	硝酸剤あるいは一酸化窒素(NO)供与剤(ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド、ニコランジル等)を使用中である。 注)テープ剤を含む	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	心血管系障害を有するなど、性行為を控えるよう指導されている。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4	先天性のQT延長患者(QT延長症候群)、クラスⅠA(キニジン、プロカインアミド等)または、クラスⅢ(アミオダロン、ソタロール等)の抗不整脈薬を服用中である。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5	最近6ヵ月以内に、脳梗塞・脳出血や心筋梗塞をおこしたことがある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6	重度の肝障害がある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7	血液透析が必要な腎障害がある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8	低血圧(安静時収縮期血圧が90mmHg未満)、または治療による管理がなされていない高血圧(安静時収縮期血圧が170mmHgより高い、または安静時拡張期血圧が100mmHgより高い)である。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9	不安定狭心症がある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10	リオシグアト、CYP3A4を阻害する薬剤*を服用中である。 ※〔リトナビル、アタザナビル、ホスアンブレナビル、ロピナビル・リトナビル、ダルナビルを含有する製剤、ケトコナゾール(外用剤を除く)、イトラコナゾール、コビシスタットを含有する製剤〕	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11	網膜色素変性症(進行性の夜盲)がある。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

<バルデナフィル錠「サワイ」を使用するにあたり、下記のことをご確認ください>

	チェック項目	チェック欄
1	バルデナフィル錠「サワイ」の服用後に、4時間以上の勃起が続く場合はすぐに医師に連絡してください。	<input type="checkbox"/> はい
2	バルデナフィル錠「サワイ」は、催淫剤(性欲増進を目的とした薬)ではありません。性的刺激(陰茎刺激など)を受けなければ、勃起しません。ご理解いただけましたでしょうか?	<input type="checkbox"/> はい
3	バルデナフィル錠「サワイ」は、性行為の約1時間前に服用してください。1日1回までの服用とし、次に飲むときは24時間以上あけてください。	<input type="checkbox"/> はい
4	他の診療科を受診する際には、バルデナフィル錠「サワイ」を服用していることを医師に伝えてください。	<input type="checkbox"/> はい
5	バルデナフィル錠「サワイ」を他の人に譲り渡さないでください。	<input type="checkbox"/> はい
6	性行為は心臓に負担をかけます。無理はしないようにしてください。	<input type="checkbox"/> はい

その他、心配なことや知りたいことなどがありましたらご記入ください。

上記の項目を確認しました。

年 月 日 署名