



子宮頸管熟化剤(プロスタグランジンE₂製剤)

プロウペス[®] 腔用剤10mg
Propress[®] DINOPROSTONE ジノプロストン腔内留置用製剤

劇薬 処方箋医薬品 注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準未収載

プロウペス納入管理へのご協力をお願い

謹啓 時下、先生におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は、弊社ならびに弊社製品に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
プロウペスでは、ご使用いただく医師及び助産師等の医療従事者の方に、重要な注意事項を理解し徹底いただくため、ご発注いただく施設の登録、管理を行っております。
本剤の安全対策にご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

プロウペス納入までの流れ

2020年10月22日施行

次の①～③を満たしていることを確認※

①施設の要件、②医師の要件、③分娩監視者の要件

施設内でプロウペス取扱施設責任者を1名選任

プロウペス取扱施設責任者の方には、以下の役割をお願いしております。

- ・ 適正使用講習の受講者を把握
- ・ プロウペス投与患者に関わる医療従事者への適正使用に関する教育の継続的な促進 など

適正使用講習(eラーニング)を受講

承諾書に署名

承諾書には、以下が記載されています。

- ・ 貴施設が施設・医師・分娩監視者の要件を満たしていること
- ・ プロウペス取扱施設責任者の役割を担うこと など

特約店に発注※※

全てのステップを完了したご施設にプロウペスを納入させていただきます。

※施設・医師・分娩監視者の要件を満たしても、承諾書のご署名及びプロウペス適正使用講習(eラーニング)の修了が確認できない場合は納入をお待ちいただきます。あらかじめご了承ください。

※※承諾書にご署名後、納入までお時間をいただく場合がございます。



フェリング・ファーマ株式会社

施設・医師・分娩監視者の要件

2020年10月22日施行

施設の要件	必須	本剤の使用に先立ち、患者に本剤を用いた頸管熟化の必要性及び危険性を十分説明し、文書を用いて同意を取得する。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		分娩監視装置を継続的に利用できる状態である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		分娩監視装置によるモニタリング中は分娩監視者が継続的に監視/対応できるよう、人員が配置されている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		新生児蘇生に熟練した人員が配置されている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		緊急帝王切開が自施設で行える。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		日本産科婦人科学会 産婦人科専門医が在籍している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	推奨	周産期専門医(母体・胎児)が在籍している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医師の要件	必須	日本産科婦人科学会又は日本産婦人科医会に所属している産婦人科医である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		適正使用ガイドを熟読し、適正患者の選択、本剤除去のタイミングを理解し、実行できる。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		本剤使用開始までにプロウベス適正使用講習(eラーニング)を修了する(修了している)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
分娩監視者(助産師等)の要件	必須	分娩監視装置による胎児心拍陣痛図(CTG)の判読の訓練を受け、CTGから対応が必要な状態か判断し、実行できる*。 ※医師へ連絡し指示を受ける等を含む	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		本剤除去の適切なタイミングを理解し、実行できる*。 ※医師へ連絡し指示を受ける等を含む	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		本剤使用開始までにプロウベス適正使用講習(eラーニング)を修了する(修了している)。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		上記条件を満たす助産師がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

*施設要件ではありませんが、本剤は-20℃以下での保管となるため、-20℃を担保できる冷凍庫が必要です。

*プロウベス使用時の有害事象は速やかにフェリング・ファーマに報告ください。なお、報告された有害事象については、個人及び施設の情報が特定されないよう加工された上で日本産科婦人科学会等に開示されますことをご了承ください。

●プロウベスの適正使用のために、フェリング・ファーマホームページでは、eラーニングを実施しています。



<https://find.ferring.co.jp/obstetrics/proprocess/elearning.php>



●ご不明点はフェリング・ファーマ MR又は以下窓口にお問い合わせください。

【製品情報、お問い合わせ窓口】

医療関係者向け 製品情報サイト <https://find.ferring.co.jp/obstetrics/index.php>

くすり相談室 0120-093-168

*通話料は無料です。携帯電話、PHSからでもご利用いただけます。なお、IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。

