

ソリス®投与開始までのステップ

STEP 1 患者さんへの有効性・安全性の紹介と患者さんへのスターターキットの配布

『患者さん説明用資材』(①)を使用し、ソリス®の有用性を患者さんに説明してください。また、患者さんにスターターキット[『ソリス®・ユルトミス®治療で気を付けてほしいこと』(②)、『ソリス®患者安全性カード』(③)]を提供し、ソリス®の安全性についても説明してください。

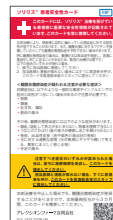
① 患者さん説明用資材



②



③

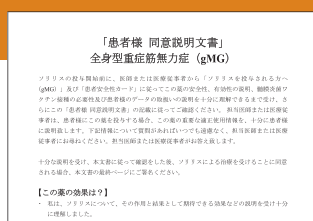


スターターキット

STEP 2 『同意説明文書』への署名

ソリス®の使用に関して、患者さんの同意が得られましたら、『同意説明文書』(④)に必要な事項をご記入いただき、患者さんとご施設の双方で保管ください。

④ 同意説明文書



STEP 3 髄膜炎菌ワクチン(メナクトラ®筋注、メンクアッドフィ®筋注*1)の接種*2

- *1 欧米ではB型に対するワクチンも承認されています(国内未承認)。
- *2 免疫抑制状態の患者さんに対しては、髄膜炎菌ワクチン(ACWY型)を第1期接種として8週以上間隔をあけて2回接種すること、また5年ごとに追加接種することが推奨されています。

STEP 4 ソリス®投与前にMG-ADLスケール・QMGスコアによる測定

MG-ADLスケール(⑤)・QMGスコア(⑥)を使って、患者さんの症状を把握しましょう。

⑤

⑥

STEP 5 『髄膜炎菌ワクチン接種証明書/同意説明確認書/適正使用情報受領確認書 兼 ソリス®患者様登録申請書』の送付

『髄膜炎菌ワクチン接種証明書/同意説明確認書/適正使用情報受領確認書 兼 ソリス®患者様登録申請書』(⑦)をご記入ください。ご記入後、下記番号にFAXをお願いいたします。

⑦

送付先: **0120-926-091** (アレクシオンファーマ合同会社)

STEP 6 ソリス®の投与開始

緊急な治療を要する場合等を除いて、原則、本剤投与開始の少なくとも2週間前までに髄膜炎菌に対するワクチンを接種し、ソリス®の投与を開始してください。

【お問い合わせ先】
アレクシオンファーマ合同会社
メディカル インフォメーション センター
フリーダイヤル:0120-577-657
受付時間:9:00~18:00(土、日、祝日及び当社休業日を除く)

2週間以上あける



全身型
MG

全身型重症筋無力症

MG Forumでは、全身型重症筋無力症 (MG) に関する病態、疫学、診療などの様々な情報を掲載しています。全身型MGについて理解を深めるために、是非ご利用ください。



新しいガイドラインの改訂ポイントを3つの動画にて解説いたします。

MG Guideline
2022

Video
Symposium

病態や疫学・診療に関する情報を動画でご覧いただけます。

Virtual
Clinic

ソリリス®に必要な情報が揃っています。

Useful
Information

ソリリス®やMGに関するお役立ち情報をお届けいたします。

FAQ

ソリリス®投与に関するよくある質問にお答えします。

Complement

補体についての解説動画とエキスパートによる対談をお届けいたします。

\オススメ!



Virtual Clinic

本コンテンツは、全身型重症筋無力症の患者さんにソリリス®を投与する際に必要な事項・留意すべき事項を全てまとめたものです。ソリリス®の投与前から、投与中まで、段階ごとにまとめています。また、関連する資料も入手することができます。是非ご確認ください、先生の日常診療にお役立ていただけますと幸いです。

－ コンテンツ －

1. 対象患者の選択 ADL・QMG評価	2. 患者説明	3. ワクチン接種	4. 調製・投与方法	5. 投与中の注意点 ADL・QMG評価
ソリリス®投与前			ソリリス®投与中	