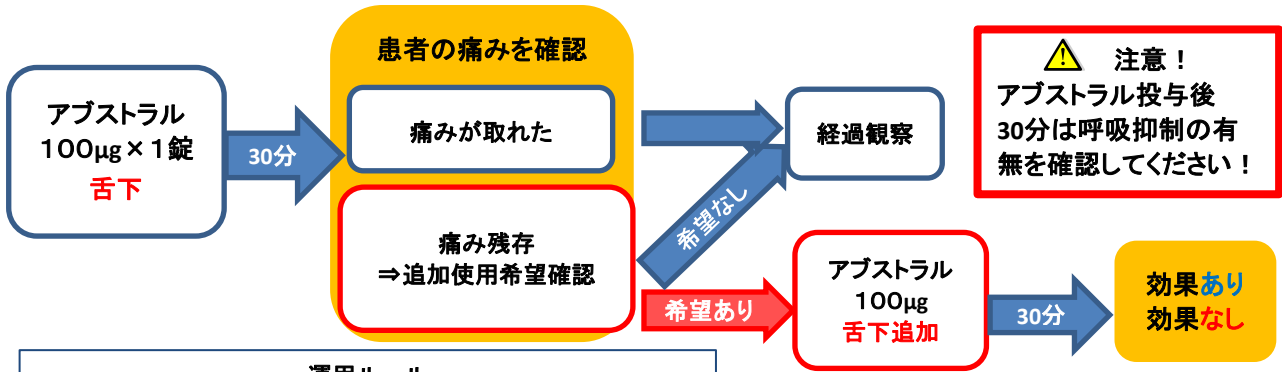
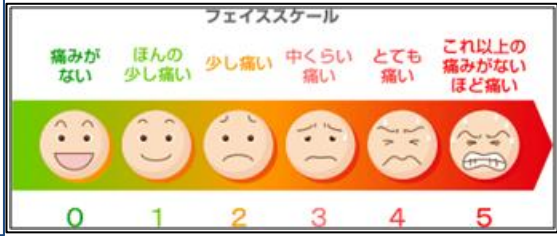


アブストラル導入時 タイトレーションシート



運用ルール
 最初の使用から次回使用までは2時間以上あける
 アブストラルの使用は1日4回まで(追加使用は含まない)
 使用時と使用30分後の痛みをフェイススケールにて評価
 ★3日間の使用状況をもとに用量設定
 ※追加使用2回/day以上⇒1段階増量を考慮、医師に報告
 ※1日に4回を超える使用が必要な場合
 ⇒ベースのオピオイドの増量を検討



()月()日							あれば口にチェックを入れる		
1回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
2回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
3回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
4回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
()月()日							あれば口にチェックを入れる		
1回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
2回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
3回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
4回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
()月()日							あれば口にチェックを入れる		
1回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
2回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
3回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)
4回目	使用時	0	1	2	3	4	5		
(:)	使用30分後の痛み	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 追加使用⇒効果(あり・なし)

自由記入欄