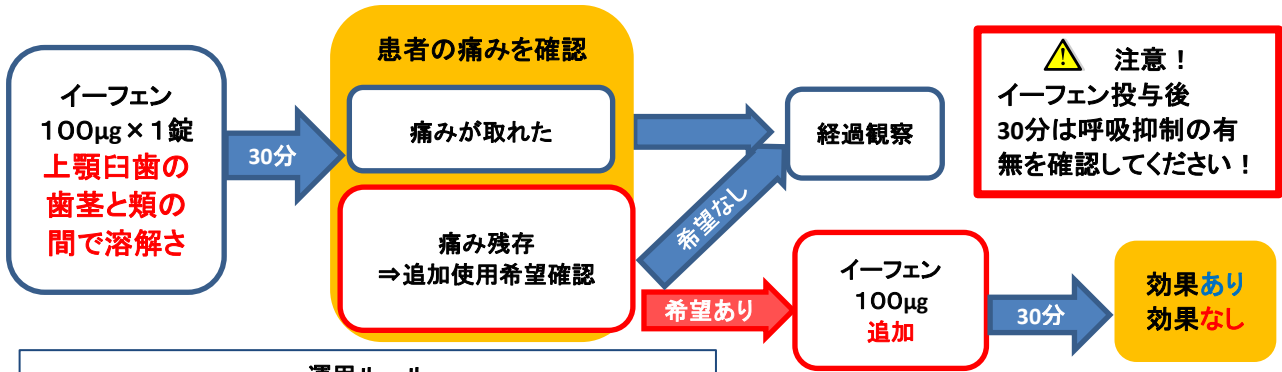
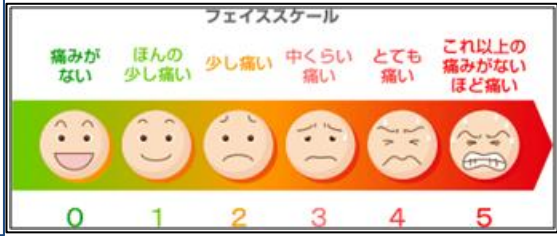


# イーフェン導入時 タイトレーションシート



**運用ルール**  
 最初の使用から次回使用までは4時間以上あける  
 イーフェンの使用は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