**クロザピン治療チェックリスト**

**◎**下記の両項目に当てはまる患者様がおられましたら、紹介状にこのチェックリストを添えて、

**当院地域連携課（TEL：072-366-0257, FAX：072-365-7161）**までご連絡をお願いいたします。

□ 患者本人および家族がクロザピン治療を希望している。

□ これまでの抗精神病薬による治療が、下記のいずれかに該当する。

【反応性不良】

・２種類以上の十分量の抗精神病薬(クロルプロマジン換算で600mg/日以上)を、それぞれ

十分期間(非定型抗精神病薬を4週間以上、定型抗精神病薬であれば１年以上)投与しても

反応が得られない。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬 剤 名 | 投 与 量 | 投与期間（いずれかお選びください） |
|  | mg/日以上を | ４週間　・　１年　 以上使用 |
|  | mg/日以上を | ４週間　・　１年　 以上使用 |

【耐用性不良】

・２種類以上の非定型抗精神病薬を試みたが、錐体外路症状などのため十分に増量できず、十分な治療効果が得られない。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤名(非定型抗精神病薬) | 副 作 用 |
|  |  |
|  |  |

----------------------------------------------------------------------------------------

**◎**確認事項（以下の事項についても確認をよろしくお願いします。）

□ 検査・診察の結果、クロザピン治療が施行されない可能性があります。

□ クロザピン治療開始から少なくとも1か月間は入院が必要です。

□ クロザピン開始後、6か月間は週に1回、それ以降は2週間に1回の採血検査が必要です。

□ クロザピン導入後、精神科リハビリテーションが必要な場合は、クロザピンの処方可能な

精神科病院に紹介いたします。

□ 個室の必要性：　 有　・　無　　（当院には保護室（隔離室）はありません。）

**連絡先**

**近畿大学病院　 TEL：072-366-0257**

**地域連携課 FAX：072-365-7161**

ご不明な点がございましたら、近畿大学医学精神神経科学教室(柳雅也)までお問合せください。

[問い合わせ先] 近畿大学医学部精神神経科学教室

Tel：072-366-0221(内線3285)　 　 e-mail：seisin@med.kindai.ac.jp

**参考資料）**

