

Vol.17

トリーセル(テムシロリムス)の使用にあたって

平成 22 年 9 月 28 日
大阪社保・国保審査委員

トリーセル(テムシロリムス)使用にあたって審査委員会の判断を以下に掲載いたします。今後のEBM等によって変更となる場合があります。その際は改めて公表いたします。

1.投与前

ア. 学療法前検査として傷病名なしでHBs 抗原・HBs 抗体・HBc 抗体を認める。 レセプトに「化学療法前検査(トリーセル)」と記載して下さい。

イ. 傷病名なしで抗ヒスタミン剤の投与を認める

2.投与中

ア. 2ヶ月に1回 CTを認める

イ. 2週間に1回 生化学検査を認める

ウ. インターフェロンとの併用は認めない(治験データより)

エ. イムネースとの併用は認めない(治験データがない)

3.その他

ア. この薬剤は、DPC では出来高算定となります。

イ. 高額レセプトになりますので、できるだけコメントを付けて下さい。