

ID

名前

補助具の使用有無

## ビレーズトリエアロスフィアチェックシート【ICS/LABA/LAMA】

できている：○ やや不安あり：△ 不安あり：×

		/	/	/	/	/	/	/
副作用確認	嘔声、咽頭痛、口腔カンジダ、振戦、動悸、口渇、尿閉（頻尿、残尿）、緑内障（眼痛、視覚異常など）							
アドヒアランス	1 用法用量が言える 1日2回 1回 2吸入 毎日決まった時間に吸入をする（ ）時（ ）時							
準備	2 【初回のみ】 吸入口のキャップをはずし、良く振ってからボタンを押して1度空噴霧できる ※未使用の吸入器使用時、56吸入用は上記操作を4回 120吸入用は2回繰り返すことができる ※アクチュエーターを洗浄した後や前回使用してから7日以上経過しているときは上記操作2回繰り返すことができる							
	3 残量が0になっていないことを確認できる							
	4 【振る】 吸入口のキャップをはずし、良く振ることができる							
	5 【息吐き】 無理をしない程度に、2～3秒ほど息を吐き出すことができる							
吸入	6 【吸入】 吸入口を軽く歯でくわえ、息をできるだけ <u>ゆっくり深く</u> 吸い込みながら噴霧ボタンを押し、薬を吸い込むことができる							
	7 【息止め】 吸入口から口を離し、無理をしない程度に <u>5秒程度息を止める</u> ことができる							
	8 【複数回吸入する場合】 3～7の操作を繰り返しおこなう							
うがい	9 吸入後、うがい（ぶくぶく、ガラガラ各2回）を行う ※誤嚥の危険がある場合はこの限りではない。食事や飲水で対応してもよい							
保管と管理	説明書に従いアクチュエーターを週1回は洗浄する（缶を水で濡らさないよう注意） アルミ袋開封後湿気を避けて保存 アルミ袋開封後、6週間以上経った場合は薬が残っていても破棄 使用後は自治体に定められた廃棄方法で破棄	×の項目は○になるまで行う ×が○にならない場合は医師、薬剤師に相談しデバイス変更や家族、医療者の補助などを検討						
※ポンベが押せない場合はプッシュサポーターあり。薬剤師へ相談して下さい。		申し送り事項 確認者: 確認者: 確認者: 確認者: 確認者: 確認者: 確認者:						

かかりつけ薬局、かかりつけ医、施設等の皆さまへの申し送り事項

このチェックシートは情報提供書に同封したり、お薬手帳に貼ることで処方医様、かかりつけ薬局様等との情報共有にも使用できます。