

トランサミン服用前チェックリスト

日付:

氏名:

【A】以下に当てはまる方は、服用してはいけません(禁忌)

▶ ひとつでも当てはまる方は、服用しないでください。医師に必ず伝えてください。

チェック

- ☐ 現在または過去に「血栓(血のかたまり)」ができたことがある(例:脳梗塞、心筋梗塞、肺塞栓、深部静脈血栓など)
- ☐ 「DIC(播種性血管内凝固症候群)」と診断されたことがある(かつ、適切な治療を受けていない)

【B】以下に当てはまる方は、服用前に医師に相談が必要です(慎重投与)

▶ ひとつでも当てはまる方は、服用しないでください。医師に必ず伝えてください。

チェック

- ☐ 腎臓の病気がある、または「腎機能が低下している」と言われたことがある
- ☐ 今までに血栓ができやすいと言われたことがある、または家族に血栓症の人がいる
- ☐ 喫煙している／過去にたくさん喫煙していた
- ☐ 高齢である(目安:65歳以上)
- ☐ 避妊のために「経口避妊薬(ピル)」を使っている
- ☐ 長期間ベッドで安静にしている／あまり動かない生活をしている
- ☐ 色覚に異常を感じる(視界がぼやける、色が変に見えるなど)
- ☐ 他の薬を服用中である(特に血をサラサラにする薬やサプリ)
- ☐ 妊娠中または授乳中である