

_____ 病院
_____ 先生
侍史

ジェンザイム・ジャパン株式会社
安全管理責任者 神原 佳子

エラブレース点滴静注液 6 mgの市販直後調査への協力をお願い

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
先生には平素から弊社製品の製造販売後調査にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

**「エラブレース点滴静注液 6 mg (ジェンザイム・ジャパン株式会社)」は
「市販直後調査」制度に基づいた安全性情報の収集を実施中です。**

「調査期間」: 2007年10月17日 ~ 2008年4月末日

上記の期間内におきましては、弊社医薬情報担当者 (MR) が定期的に貴施設を訪問し、本剤の適正使用情報に関し、繰り返し説明させていただきます。
本剤の添付文書の「使用上の注意」又は「使用上の注意の解説」を良くお読みいただき、ご使用くださいますようお願い致します。

謹白

[調査概要]

1. **調査の目的** : エラブレース点滴静注液 6 mgの販売開始直後において、医療機関に対し確実な情報提供、注意喚起を行い、適正使用に関する理解を促すとともに、副作用等の情報を迅速に収集し、必要な安全対策を実施し、副作用等の被害を最小限にすることを目的と致します。
2. **調査対象医薬品** : エラブレース点滴静注液 6 mg
3. **調査方法** : 納入後 2 ヶ月間は概ね 2 週間に 1 回、その後は概ね 1 ヶ月に 1 回の頻度で弊社医薬情報担当者 (MR) がお伺いし、協力依頼及び注意喚起をさせていただきます。なお、場合によっては、ダイレクトメール等の文書により協力依頼、注意喚起をさせていただきます。

[依頼事項]

1. エラブレース点滴静注液 6 mgを適正にご使用頂くとともに、本剤によるものと疑われる副作用等が発現した場合には、速やかに弊社医薬情報担当者 (MR) に連絡願います。
2. 本剤によるものと疑われる重篤な副作用等、又は本剤の添付文書の使用上の注意から予測できない副作用等が発現した場合には、別途、その詳細情報を弊社「副作用・感染症詳細調査票」にご記入いただくこととなります。詳細調査票につきましては、弊社医薬情報担当者 (MR) が別途お届け致します。

本剤によるものと疑われる副作用等が発現した場合は、お手数ですが、弊社医薬情報担当者 (MR) へご連絡ください。

< 連絡先 >

担当者名 :
電話番号 : 03-3230-8281
FAX 番号 : 03-3230-8398