

お知らせ・大切なメモ・緊急連絡先

DuoSmile情報誌のご案内	114
デュオドーパ コールセンターのご案内	115
大切なメモ(医師からの指示などの記録)	116
緊急時の連絡先	117

お知らせ・大切なメモ・緊急連絡先

DuoSmile情報誌のご案内

DuoSmile(デュオスマイル)はデュオドーパをご使用中の患者さん向けの情報誌です。お手元に届いていない場合や何かご不明な点がございましたら、デュオドーパコールセンターにお問い合わせください。



デュオドーパ コールセンターのご案内

デュオドーパコールセンターは、皆さまにより良い治療をお手伝いさせていただくために設立された、患者さん専用のコールセンターです。

デュオドーパの治療に関すること、質問や困ったことがあれば、

いつでも、安心してお電話ください。

24時間365日、看護師が対応しています。

何度でもお問い合わせください。

ポンプの操作などは慣れるまでには時間がかかることが多いものです。わからないことがあれば、何度でもお電話ください。

どんなことでもお電話ください。

薬剤やポンプ、チューブについて、その他日常生活での留意点など、治療を安心して続けていただくためのお手伝いをいたします。わかりにくいことがあれば、どんなことでもお電話ください。

デュオドーパコールセンターにお電話いただいた場合でも、

下記については、患者さんからおかけの医療機関へご連絡をお願いする場合がございます。

- お体(症状)の変調にかかわること。
- 薬剤の用量調整や治療方針にかかわること。
- 体内でのチューブ閉塞など
(ポンプアラームやフラッシングの状況などをお伺いし、医師の診察が必要と判断した場合)
- ポンプの不具合による交換など
(お電話口でポンプ操作等を一緒に行っても不具合が解消しない場合)

デュオドーパ コールセンター

フリーダイヤル

0120-063-789

受付時間：24時間365日〈通話料無料〉



わからないことがあれば
いつでもお電話ください。
お待ちしております。

患者さんや
介護者の方々からの
お電話をお受けして
います。

大切なメモ

医師の指示などをメモしましょう

<p>デュオドーパの 投与時間</p>	<p>●医師の指示による投与時間は、何時から何時までですか？</p> <p style="text-align: center;">投与開始時間(予定) 投与終了時間(予定)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>午前・午後</p> <p style="margin-top: 10px;">時</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>午前・午後</p> <p style="margin-top: 10px;">時</p> </div> </div> <p>*デュオドーパの投与時間は16時間を超えないでください</p>
<p>デュオドーパの 追加投与</p>	<p>●いつ追加投与を行うのか、医師から指示されていますか？ (指示があった項目の□にチェックを入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 日中急なオフになったとき</p> <p><input type="checkbox"/> お風呂やシャワーの前</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>経口レボドパ製剤の 準備</p>	<p>●医師からの指示を受けて、緊急時用の経口レボドパ製剤を常に準備していますか？</p> <p>●経口レボドパ製剤をいつ服薬するのか医師から指示を受けていますか？ (指示があった項目の□にチェックを入れてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 就寝時</p> <p><input type="checkbox"/> ポンプやチューブ等のトラブルでデュオドーパ投与ができない場合</p> <p><input type="checkbox"/> デュオドーパ投与を中止する場合</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>チューブ洗浄のための フラッシング器具</p>	<p>●医師から指示された、フラッシング器具の交換頻度は？</p> <p><input type="checkbox"/> 注射器 ()</p> <p><input type="checkbox"/> アダプタ ()</p>
<p>ポンプ電池の交換の タイミング</p>	<p>医師から指示された、ポンプ電池の交換のタイミングはいつですか？</p>

メモ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

緊急時の連絡先

医療機関名	
担当医師名	
電話番号 FAX番号	