

結核のチェックリスト

投与開始前

本チェックリストは、インフリキシマブを投与される前に患者様の結核検査を確認するためのものです。それぞれの項目にチェック、もしくは記入して、ご活用ください。

記入日	年 月 日	患者情報	
記入者			

① 結核症の既往							
□無		□有→ (歳)					
② 問診							
結核患者との接触		□無		□有 (時期:)			
咳	□無	□有	痰	□無	□有	発熱	□無 □有

③ 画像診断 ※必要に応じ、呼吸器専門医へのコンサルトを実施してください							
X線	検査日	年 月 日	異常	□無	□有		
CT	検査日	年 月 日	異常	□無	□有		
その他 ()	検査日	年 月 日	異常	□無	□有		
□未実施	理由:						

④ インターフェロン-γ遊離試験 (IGRA)							
T-Spot	検査日	年 月 日	□陰性 □判定保留 □判定不可 □陽性				
	測定値		陰性対照:	陽性対照:			
			A 抗原:	B 抗原:			
QFT	検査日	年 月 日	□陰性 □判定不可 □陽性				
	測定値		陰性対照:	陽性対照:			
			TB1:	TB2:			
□未実施	理由:						

ツベルクリン反応 (IGRA が実施できない場合)							
注射日	測定日	硬結長径	mm	発赤長径	mm		
年 月 日	年 月 日	二重発赤・水疱・壊死					

検査結果と対応

- ① 結核の既往歴 がある (肺外結核を含む)
- ② 結核患者との 濃厚接触歴 がある

➡ 結核発症のリスクを考慮して、呼吸器専門医へのコンサルトを実施してください

喀痰抗酸菌検査を実施

- ③ X線/CT 検査で 結核治癒所見 がある
- ④ インターフェロン-γ遊離試験が 陽性

➡ 潜在性結核感染が疑われます呼吸器専門医に相談の上、積極的な抗結核薬投与をご検討ください

①~④ から 活動性結核 と判断される

➡ 【禁忌】本剤を投与しないでください

◆ツベルクリン反応やIGRAで偽陰性が起こる可能性があることにご注意ください

◆初回IGRA判定不可や判定保留の場合には、再検査を行い、同じ様な結果の場合には専門医へのコンサルトをお願いします

監修：尾形 英雄先生 (複十字病院 安全管理特任部長)