

メフィーゴ®パックの処方始めるにあたって

人工妊娠中絶薬「メフィーゴ®パック」(以下、本剤)は現在、有床施設所属の母体保護法指定医師のみが処方できる薬剤です。事前に、ノルディックファーマジャパン株式会社への申請・登録が必要です。

メフィーゴ®パックの処方始めるための、申請～登録完了までの流れ(1～5)

1 WEB申請



- WEB申請は、**母体保護法指定医師**が行ってください。
 - 医療機関に**母体保護法指定医師**が複数名いる場合は、**申請者及びその他の母体保護法指定医師**として登録してください。
 - 本剤を取り扱う可能性のある**医療関係者(薬剤師等)*1**も登録が必要です。
- ※1: 複数名いる場合は、少なくとも代表者1名を登録してください。

WEB申請は
こちらから

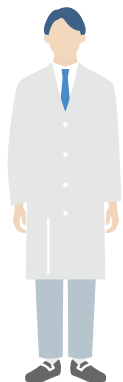
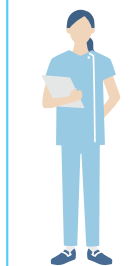
製品情報サイト

<https://www.mefeego.jp>

医療機関(有床施設)※2

本剤を取り扱う
可能性のある
医療関係者
(薬剤師等)

母体保護法
指定医師



※2: 本剤については、適切な使用体制のあり方が確立されるまでの当分の間、入院可能な有床施設において使用します。

1

WEB申請

2

処方条件の確認

及び e-learningの受講

- 本剤を処方する母体保護法指定医師及び本剤を取り扱う可能性のある医療関係者(薬剤師等)は、e-learningの受講※3が必要です。
- ※3: 地域によっては、対面又はWeb会議によるトレーニングを開催している医師会もあります。

3

各施設専用ID・パスワードの発行

- IDとパスワードにより、弊社ホームページ掲載の資料請求が可能となります。

4

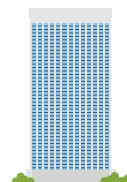
メフィーゴ®パック処方医療機関登録書・登録受諾書の送付

- 登録書・登録受諾書は、登録申請者に送付します。

5

登録申請者のサイン・ご返信をいただいた後に登録完了

ノルディックファーマ ジャパン株式会社



2

処方条件の
確認

各都道府県
医師会・医会



5 登録申請者のサイン・ご返信をいただいた後に登録完了



- 処方医療機関登録受諾書にサインし、弊社までメールでご返信いただきます。
- 弊社にて受領確認後、**登録完了***となります。

*: 登録完了後より、本剤の卸売販売業者への発注が可能となります(●裏面A参照)。



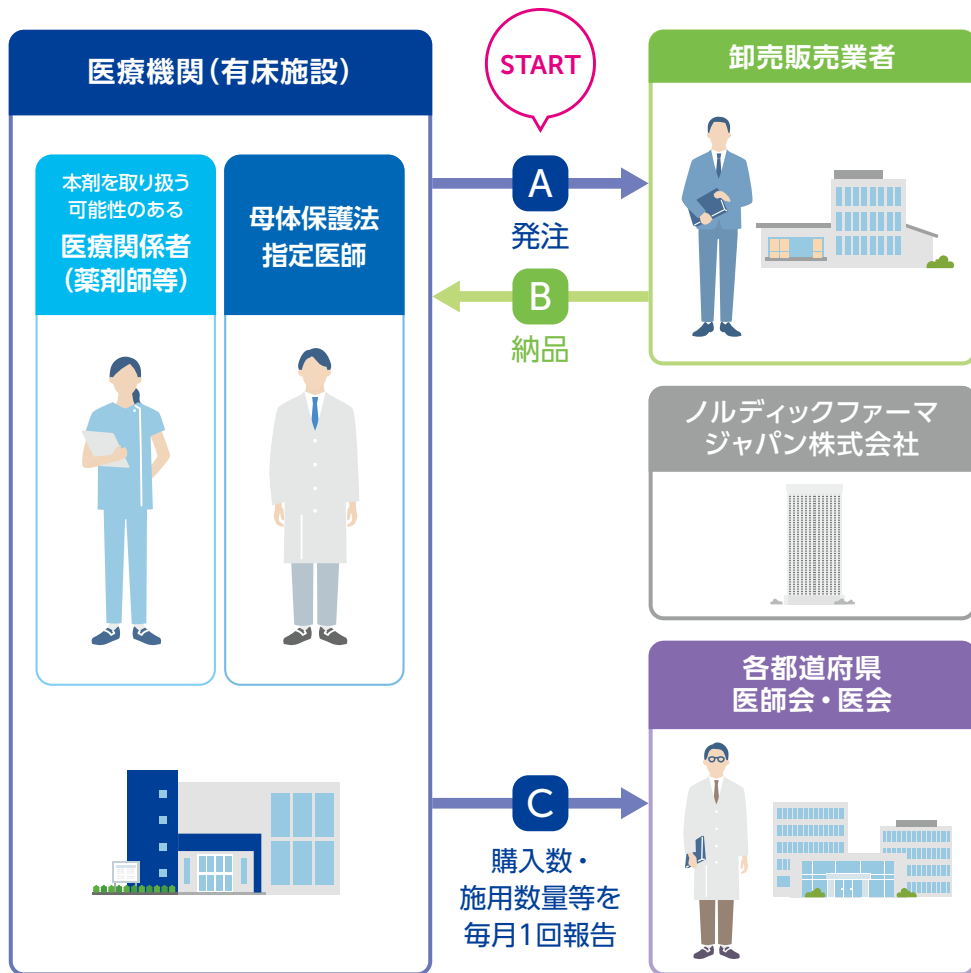
NORDIC
PHARMA

メフィーゴ®パック流通後の管理プロセス

登録されたメフィーゴ®パック処方医療機関は、
本剤を卸売販売業者に発注 (A) することが可能になります。



卸売販売業者から本剤が納品 (B) された後は、
各都道府県の医師会・医会に購入数・施用数量等を毎月1回報告 (C) する必要があります。



メフィーゴ®パック投与時の注意事項

本剤は、有床施設所属の母体保護法指定医師による
確認の下で面前投与を行ってください。



1剤目 (ミフェプリストン錠200mg)、
2剤目 (ミソプロストールパッカール錠800μg) は、
どちらも医療機関内での母体保護法指定医師の面前投与が必要です。



1剤目の面前投与後は帰宅可能です。
(入院とする医療機関もあります)



1剤目の面前投与から36～48時間後に、
2剤目の面前投与となります。



2剤目投与後、指定医師により帰宅を許可できる場合があります。
(投与を受ける方の居住地が投与を受ける処方医療機関の近隣ではない場合、
2剤目投与後は胎嚢が排出されるまで入院または院内待機が必須です。)

※：帰宅が許可できるのは患者様の居住地が以下の(1)及び(2)の全ての要件を満たす場合に限りです。
(1) 処方医療機関に容易に通院可能であること
(処方医療機関を起点として半径16キロメートルの区域内)
(2) 処方医療機関が所在する二次医療圏又は周産期医療圏内であること
患者様の居住地及び緊急時の来院方法等の確認を確実に実施してください。



1剤目及び2剤目の面前投与後は、
『緊急時連絡カード』に
投与日時等の必要事項を記入し、
常時携帯するようにご指導ください。

緊急時連絡カード

緊急時連絡カード	患者氏名(フリガナ) _____
このカードは処方医師の了解が得られるまで携帯し、緊急時に処方医療機関以外を受診する場合には、このカードを提示して下さい。	
異常が認められた場合の連絡先	
医療機関名:	_____
医療機関の電話番号:	_____
処方した母体保護法指定医師名:	_____

詳細は電子添文をご参照ください。電子添文の改訂には十分ご留意ください。

NORDIC
PHARMA

製造販売業者 (文献請求先及び問い合わせ先)
ノルディックファーマジャパン株式会社
〒107-6012 東京都港区赤坂1-12-32 アーク森ビル12階

メディカルインフォメーションセンター
TEL: 03-4510-4033
受付時間: 9:00~17:00
(土・日・祝日及び会社休日を除く)