

未承認医薬品・薬事審議会で承認された治療法

当院の未承認医薬品・薬事審議会にて、下記の治療法が承認されました。対象者となられる方から同意をいただくことに代えて、病院ホームページにて情報を公開することにより投薬を実施しております。なお、本件について同意できない場合、診療において不利益を被ることはありません。この内容に関して拒否される場合やご質問がある場合は、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

記

実施内容	院内製剤ポビドンヨード・シュガー軟膏の使用
実施責任者	医療法人 眞美会 麻見江ホスピタル 病院長 長嶺 唯斗
対象者	当院で治療を受ける患者で、医薬品供給不足により製品のイソジンシュガーパスタ軟膏が使用できない患者
承認日	2025 年 2 月 10 日
対象期間	対象医薬品の流通が正常化するまでの間
概要	【目的・意義】 イソジンシュガーパスタ軟膏(塩野義製薬、一般名：精製白糖・ポビドンヨード配合軟膏)は、褥瘡・皮膚潰瘍の治療に広く用いられていますが、製薬会社から供給量が減少し、必要数が確保できない状況となっています。 精製白糖・ポビドンヨード配合軟膏による治療が必要な患者さんに対し、院内製剤ポビドンヨード・シュガー配合軟膏で対応します。 【想定される不利益と対策】 製品のイソジンシュガーパスタ軟膏と比べ、使用感は異なりますが、効果・副作用等は製品と同等と考えており、製品の添付文書に沿った使用を行います。もしも副作用が生じた場合には使用を中止し、適切に対応します。
お問い合わせ先	医療法人 眞美会 麻見江ホスピタル 薬剤担当 代表 049-296-1155