

保険薬局 関係各位

済生会横浜市東部病院

薬剤部 管理責任者

菅野 浩

医薬品情報室 担当

大幸 淳

a_daikoh@tobu.saiseikai.or.jpご案内：採用薬変更のお知らせ

平素より大変お世話になり、誠にありがとうございます。

さて、2024年9月に開催された薬事委員会の結果を共有いたします。記載しました「マスタ変更日」をもちまして、以下の薬剤が当院で採用区分を変更いたします。恐れ入りますが、関係各所にご周知くださいますようお願い申し上げます。何かご不明な点がございましたら、当院まで連絡をお願い致します。

記

名称	規格	製薬企業*	旧区分	新区分	マスタ変更日	YJコード
ヘマンジオールシロップ小児用 0.375%	3.75mg/mL	マルホ	短期試用	正式採用	2024/9/30	2900003Q1029
コロネル細粒 83.3% ¹⁾²⁾	0.6g/包	アステラス	正式採用	採用削除	在庫消尽次第	2399011C1042
ポリフル細粒 83.3% ¹⁾²⁾	0.6g/包	ヴィアトリス	未採用	正式採用	在庫消尽次第	2399011C1050
マンジャロ皮下注 2.5mg アテオス	2.5mg/キット	イーライリリー	院外限定	短期試用	2024/10/1	2499422G1024
オゼンピック皮下注 2mg	2mg/キット	ノボ	緊急使用	短期試用	2024/10/1	2499418G4027
エンタビオ皮下注 108mg ペン	108mg/キット	武田薬品	未採用	短期試用	2024/10/1	2399405G2021
ウゴービ皮下注 SD	0.25mg/キット	ノボ	未採用	院外限定	2024/10/1	2499418G5023
	0.5mg/キット					2499418G6020
	1.0mg/キット					2499418G7026
	1.7mg/キット					2499418G8022
	2.4mg/キット					2499418G9029
シンメトレル細粒 10%	100mg/g	サンファーマ	正式採用	採用削除	2024/9/30	1161001C1089

(裏面に続く)

(参考：院内でのみ使用が想定される医薬品の採用薬の変更について)

名称	規格	製薬企業*	旧区分	新区分	マスタ変更日	YJコード
デュピクセント皮下注ペン	300mg/キット	サノフィ	短期試用	正式採用	2024/9/30	4490405G2020
サホライド液歯科用 38%	5mL/本	ビーブランド	未採用	正式採用	2024/10/1	2790802Q1034
フルオール・ゼリー-歯科用 2%	100g/本	ビーブランド	未採用	正式採用	2024/10/1	2790822Q2020
プレバナー20 水性懸濁注	0.5mL/本	ファイザー	未採用	正式採用	2024/10/1	631140LC1023
プレバナー13 水性懸濁注	0.5mL/本		正式採用	採用削除	2024/10/1	631140EC1022
ラニズマブ BS 硝子体内注射用 キット 10mg/mL「センジュ」	1 キット/箱	千寿	未採用	短期試用	2024/10/1	1319407G1029
エンタイビオ点滴静注用 300mg	300mg/瓶	武田薬品	未採用	短期試用	2024/10/1	2399405F1020

*	製薬企業名は当院における取り扱い企業です。
**	採用薬（登録なく医師が自由に処方可能）からは削除しますが、必要に応じて患者を限定した臨時使用で継続されることがあります。
1)	院外処方箋においては、一般名処方でも処方される予定です
2)	供給問題への対応に伴う切り替えとなります
3)	後発医薬品への切り替えとなります

以 上