

✈ シムジア®による乾癬治療を受けている方へ

飛行機利用時の注意点

シムジア®による治療中でも主治医の許可のもと、飛行機を利用した旅行や出張に行くことができます。まずは事前に主治医に相談しましょう。



搭乗前の準備

- シムジア®の機内への持ち込みについて、余裕をもって事前に各航空会社に確認しましょう。(飛行機の貨物室は凍結することがあるため、手荷物に入れて機内に持ち込みましょう。)
- 診断名、病歴、薬剤名や主治医の連絡先などの医療情報を記載した手紙を主治医に用意してもらいましょう。
- 必要に応じて注射器を携行するための証明書を主治医に相談して用意しましょう。
※裏面の薬剤携行証明書に必要事項を記入し、携行していただくことができます。
- 使用している薬剤の取り扱いについて確認しましょう。
必要に応じて主治医と相談し、予備薬も準備しましょう。

国内線の場合

- お薬手帳、シムジア®投与カードを準備しましょう。

医師・薬剤師・看護師の方へ	
私は乾癬治療のため、シムジア®による治療を受けています。	
<small>シムジア®の使用中は感染症が低下し、感染症にかかりやすくなる可能性があります。発熱や咳などの風邪のような症状には十分に注意ください。</small>	
生年月日:	お名前:

シムジア®投与カード

国際線の場合

- 医薬品や注射器の持ち込みについて、渡航先によってルールが異なるので、在日大使館などで確認しておきましょう。

搭乗時・移動時の注意

- 主治医からの注意事項を守りましょう。
- 凍らせた保冷剤を入れた保冷バッグを使用して運搬してください。
- 直射日光に当たる場所や高温多湿の場所を避けて、箱のまま保管してください。
- 注射の際は自己注射を安全に正しく行える場所を確保しましょう。
- 機内の空気の乾燥が予想されるため、水分補給、マスクなどで保湿を心がけてください。また、機内は温度、気圧の変化もしやすいので、ゆったりとした服装で暖かくお過ごしください。

シムジア® コールセンター: 0120-88-4620
(海外からはつながりません)

CIMZIA®はUCB PHARMA S.A., Belgiumの登録商標です。



ユーシービージャパン株式会社

2022年2月作成
JP-P-CZ-PSO-2200054

Medicine & Medical Kit Certificate

(薬剤携行証明書)

(日付 月/日/西暦の順で記入してください)

date (MM/DD/YYYY): _____

(名前)

name: _____

(住所)

address: _____

(生年月日 月/日/西暦の順で記入してください)

date of birth (MM/DD/YYYY): _____

(_____ <患者名を記入してください> _____ は、乾癬治療のため、次の薬剤を携行しています)

_____ carries the following items for her or his
psoriasis treatment.

(シムジア®(セルトリズマブ ペゴル, 200mg))

CIMZIA® (certolizumab pegol, 200mg)

(乾癬治療に用いている上記以外の薬剤を記入してください)

(シムジア®シリンジまたはオートクリックス®の数量は、旅行期間によります(2週間に2本投与または2週間に1本投与または4週間に2本投与および予備))

*該当するシムジア®シリンジまたはオートクリックス®の投与スケジュールに○をしてください

The amount of CIMZIA® syringe or AutoClicks®
(certolizumab pegol, 200mg) depends on travel duration.

[2 syringes (400mg) / 2 weeks or 1 syringe (200mg) / 2 weeks or
2 syringes (400mg) / 4 weeks + spare] or

[2 AutoClicks® (400mg) / 2 weeks or 1 AutoClicks® (200mg) / 2 weeks or
2 AutoClicks® (400mg) / 4 weeks + spare]

(使用済みのシムジア®シリンジまたはオートクリックス®は、患者本人が日本に持ち帰り、 _____ <病院名を記入してください> _____ にて廃棄します)

Regarding used CIMZIA® syringes or AutoClicks®, this patient will
bring them back to _____ in Japan for disposal.

(この患者に関する詳細情報は、EメールまたはFAXまたは電話にて<主治医>までお問い合わせください)

*主治医名、Eメールアドレス、電話番号、FAX番号を記入してください

If you need further information about this client, please contact

<Eメールアドレスを記入してください>

via E-MAIL

_____ <主治医名を記入してください>

(_____),

TEL (81- _____ - _____ - _____) or FAX (81- _____ - _____ - _____).

(署名してください)

signature _____