향정신성의약품 식욕억제제 체크리스트 (의사용)

향정신성의약품 식욕억제제 처방 시 아래 사항을 확인하여 주십시오.

※ 본 자료는 'www.nims.or.kr 〉 자료실'에 공지되어 있으니 비만환자의 향정신성의약품 식욕억제제 처방시 활용하시기바랍니다.

CHECK LIST

1. BMI가 30kg/m^2, 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 위험인자가 있는 경우 27kg/m^2 이상인지 확인하셨나요? ☐

2. 식이요법 및/또는 운동요법에 반응하지 않는 환자의 보조요법으로 사용하는 것이 맞나요? ☐

3. 식욕억제제는 마약류에 해당하는 의약품으로 의존성이 있으며, 식이·운동요법의 보조요법으로 사용되어야 하며, 장기간 또는 병용투여, 과량투여 시 심각한 부작용이 발생할 수 있음을 환자에게 설명하시고, 설명한 내용을 환자가 이해하셨나요? ☐

4. 환자의 병력을 확인하시어, 고혈압을 포함한 심혈관계 질환, 갑상샘 항진, 녹내장 증상 등 투여 금기 대상이 아닌지 확인하셨나요? ☐

5. 환자가 현재, 또는 최근 1년 이내 다른 식욕억제제를 복용하고 있는지 확인하셨나요? ☐

6. 환자에게 처방받은 식욕억제제를 타인에게 절대 양도하지 말아야 하며, 남은 약은 약사에게 반납하도록 안내하셨나요? ☐

7. 환자가 식욕억제제로 인한 부작용에 대해 반드시 상담을 받도록 안내하셨나요? ☐

8. 환자가 16세 이하(복합제의 경우 18세)의 소아이거나, 임부 또는 임신가능성이 있는 여성은 아닌가요? ☐

9. 이 약은 암페타민류와 화학적, 약리학적으로 유사하여 오남용의 개연성이 있습니다. 환자의 과거 투약 내역을 확인 시 오남용 경향이 의심되나요? ☐
   * 의료용 마약류 빅데이터 활용서비스(data.nims.or.kr) 접속하여 환자의 과거 마약류 투약내역을 확인하여 오남용 우려 시 처방 · 투여하지 않을 수 있음

10. 4주분 이상의 약을 처방하지 않습니다. ☐
   * 첫 4주 이내에 만족할 만한 체중감량을 얻었을 경우(최소 1.8kg 이상 체중감량 등) 지속할 수 있으나, 최대 3개월을 초과하면 안됨

본 안내서는 조아제약 향정신성의약품 식욕억제제의 위해성 완화 조치방법의 일환으로 의사용 체크리스트를 배부하고 있으며 조아제약 홈페이지에서 아래 절차에 따라 다운로드 가능합니다. 또한 안내서 소진 시 조아제약(080-988-8888)으로 문의하여 주시면 추가 공급하여 드립니다.

<의사용 체크리스트 다운로드 방법>

조아제약 홈페이지(www.choa.co.kr) > 제품정보 > 전문의약품 > 씬스펜정 / 암페몬정 / 엔슬림정 > 의사용 체크리스트(다운로드)