

医療関係者 各位

オルガノン株式会社
東京都港区南青山1-24-3 WeWork Nogizaka

フォリスチムペン®の「使用開始期限」「耐用年数」に関するお知らせ

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は弊社並びに弊社製品につきまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、フォリスチムペン®は「使用開始期限」「耐用年数」を設定しております。

間違ったご使用をされますと、安全にご使用いただく保証期間外となってしまう場合がございますため、改めてご説明させていただきます。

少しでもお役立ていただけますと幸いです。何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白



記

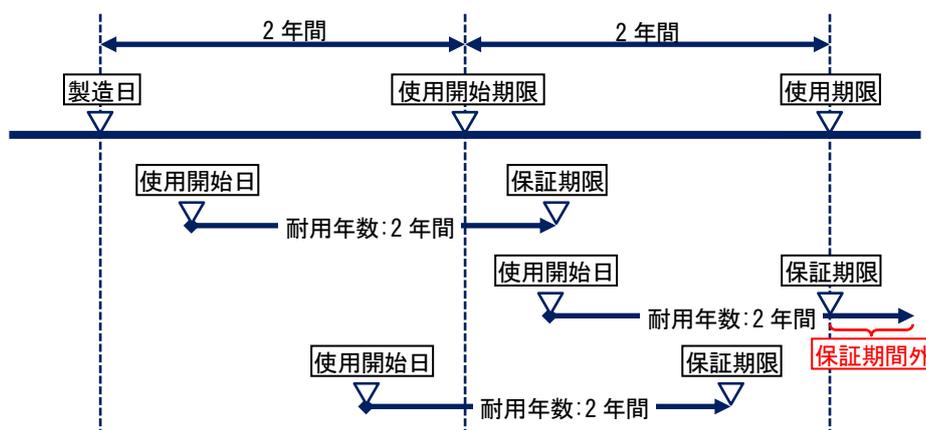
● フォリスチムペン®とは

- ・フォリトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液 フォリスチム®注カートリッジ専用のペン型注入器です。
- ・フォリスチムペン®は、フォリスチム®注カートリッジの初回処方時にセットでお渡しください。
- ・フォリスチムペン®を処方した月に限って、注入器加算の算定*が可能です。

*第2款 在宅療養指導管理材料加算 C151 注入器加算 300点

● フォリスチムペン®の「使用開始期限」「耐用年数」とは

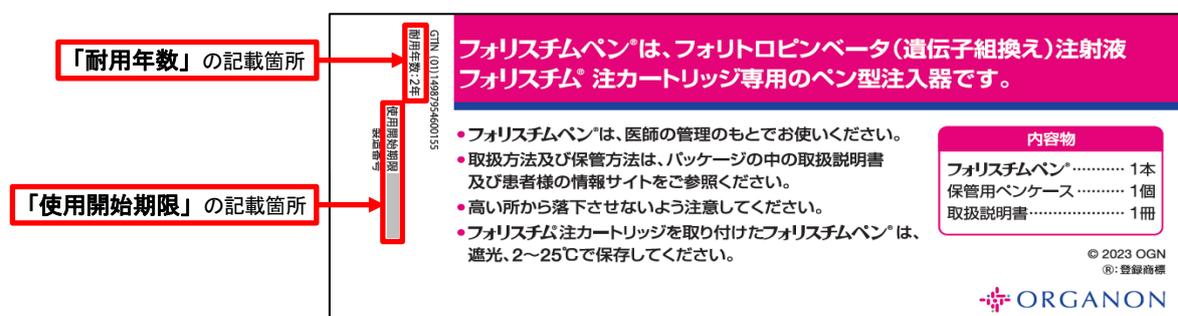
- ・管理医療機器として、保証期間が設定されています。
- ・「使用開始期限」：使用を開始していただく期限です。製造日より2年間です。
- ・「耐用年数」：フォリスチムペン®を安全にご使用いただける期間です。使用開始日より2年間です。



※使用開始期限以降に使用を開始された場合、保証期間が2年以下となります。

● フォリスチムペン®の「使用開始期限」「耐用年数」の記載箇所

- ・フォリスチムペン® 個装箱の裏面よりご確認ください（サンプル例）



以上

製品のお問い合わせ先

オルガノン株式会社 カスタマーサポートセンター
 電話番号 ☎ 0120-095-213 (フリーダイヤル)
 受付時間 9:00~17:30 (土日祝日・当社休日を除く)

FOL25LT0045