

| | | | | | | | | |
|-------|----------|----------|----------|----------------|-----|---|-----|-----|
| ID: | =患者情報!B1 | | | (レゴラフェニブ単独) 療法 | | | 施行日 | クール |
| 患者氏名 | =患者情報!B2 | | 殿 | | | | | |
| 年齢 性別 | =患者情報!B6 | =患者情報!B7 | =患者情報!B8 | 入院/外来 | 入力日 | 年 | 月 | 日 |
| 疾患名 | | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 | |
| クール | 3 | 週 投与 | 1 | 週 休薬 | 診療科 | | | |
| | 備考 | | | | 医師名 | | | |

重要 B型肝炎の再活性化(de novo B型肝炎)対策として、右記の検査が未実施の場合は、全例スクリーニング対象となります。化学療法開始前or初回投与時に測定して下さい。
 ※詳細については、『化学療法により発生するB型肝炎対策～浦添総合病院バージョン～』をご参照下さい。

HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体

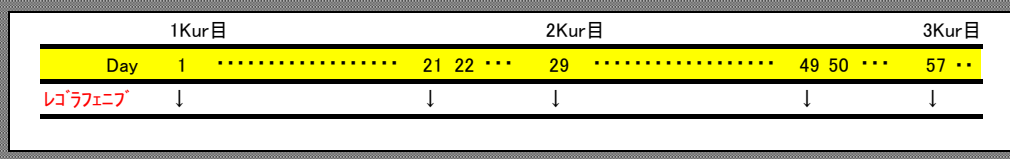
| | | | | | | |
|------|---|-------|----|----|-------|----------------------------|
| 適応基準 | <input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 | 告知の有無 | P | S | 同意書取得 | <input type="checkbox"/> 済 |
| | <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 | 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 |

外来化療加算 A B 対象外

レジメン内容

該当する内容にを入れて下さい。

| 設定 | 医薬品名 | 投与量 | 投与部位 | 投与スケジュール |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|-------------|--------------------------|
| 通常投与量 <input type="checkbox"/> | スチバーガ錠 [レゴラフェニブ] | 160mg/1x (4錠/1x) | P.O 【食後】 | 1回 160mg (4錠) 1日1回 |
| 1段階減量 <input type="checkbox"/> | スチバーガ錠 [レゴラフェニブ] | 120mg/1x (3錠/1x) | P.O 【食後】 | 1回 120mg (3錠) 1日1回 |
| 2段階減量 <input type="checkbox"/> | スチバーガ錠 [レゴラフェニブ] | 80mg/1x (2錠/1x) | P.O 【食後】 | 1回 80mg (2錠) 1日1回 |



| | |
|-----|-----|
| 確認者 | 監査者 |
| | |

注意事項など

- 空腹時投与を避けること。
- 減量して投与を継続する場合には、40mgずつ減量し、1日1回80mgを下限とする。
- 本剤投与開始前及び投与中は定期的に肝機能検査を行うこと。

内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。
 (1) ピドキサール錠(10) 3~6錠/日, (2) 保湿剤(ヒルドイドなど)