

ID:	=患者情報!B1		(タグリツ単独 [オシメルチニブ]) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2	殿					入院/外来	入力日
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日	
疾患名	EGFRチロシキナーゼ阻害薬に抵抗性のEGFR T790M変異陽性の非小細胞肺癌 EGFR エクソン19欠失又はL858R変異陽性の非小細胞肺癌(1stのみ)			診療科	呼吸器 (<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)			
クール	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)		医師名				
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			告知の有無	P	S	同意書取得 <input type="checkbox"/> 済	
	<input checked="" type="checkbox"/> ①EGFRチロシキナーゼ阻害薬に抵抗性あり ①and② <input checked="" type="checkbox"/> ②EGFR T790M変異陽性であること			身長	cm	体重	kg	
	<input checked="" type="checkbox"/> ③EGFR エクソン19欠失であること ③or④ <input checked="" type="checkbox"/> ④EGFR L858R変異陽性であること			体表面積		0.00	m ²	

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。

<input type="checkbox"/> HBs抗原
<input type="checkbox"/> HBs抗体
<input type="checkbox"/> HBc抗体
<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> B
<input checked="" type="checkbox"/> 対象外

薬品名	単位	外来 化療 加算
タグリツ 80 [オシメルチニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外

レジメン内容

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。				
通常	<input type="checkbox"/> タグリツ錠 [オシメルチニブ]	80 mg/1x	P.O	1回 80 mg
減量	<input type="checkbox"/> タグリツ錠 [オシメルチニブ]	40 mg/1x	P.O	1回 40 mg

【重要: 薬剤師へ】
 院外薬局でタグリツ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供)」が必要です。

注意; 患者へは①絶対に紛失しないように保管すること、
 ②院外薬局へは毎回提示すること と指導して下さい。



Day 1	確認者	監査者
オシメルチニブ ↓ (効果が認められなくなるまで連日投与)		

注意事項など