

ID:	=患者情報!B1			<span style="font-size: 2em;">(</span> <span style="font-size: 1.5em; color: red;">タルセバ単独 [エルロチニブ]</span> <span style="font-size: 2em;">)</span> <span style="font-size: 1.5em; color: red;">療法</span>	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	非小細胞肺癌			開始日	年	月	日
-----	--------	--	--	-----	---	---	---

クール	週	投与	週	休薬	診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )		
	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)			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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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抗体
							<input type="checkbox"/> HBe抗体

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	告知の有無	
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算		<input type="checkbox"/> A	P S		同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
エルロチニブ <sup>*</sup>	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	150	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外		<input type="checkbox"/> B				

## 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
①	タルセバ錠 [エルロチニブ]	150 mg/1x	P.O 食事の1時間以上前 or 食事2時間以降	1回 150 mg

**【重要: 薬剤師へ】**

院外薬局でタルセバ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」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。



注意事項など	確認者	監査者