




ID:	=患者情報!B1			( <b>パルホシクリブ</b> +アロマターゼ <sup>®</sup> 阻害 ) <b>療法</b>				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2	殿	入院/外来					入力日	年
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	手術不能又は再発乳癌			診療科					
クール	パルホシクリブ:3週投与1週休薬 アロマターゼ <sup>®</sup> 阻害薬:連日投与			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。  
 HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBc抗体  
 ※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。

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/> HR(+) <input checked="" type="checkbox"/> HER2(-)	<input checked="" type="checkbox"/> 閉経後					

薬品名	単位	外来 化療 加算
イブランス錠 [パルホシクリブ] 125	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <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

<input checked="" type="checkbox"/> 該当する内容に を入れて下さい。	<input type="checkbox"/>	通常量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 125 mg	125mg錠  1回1錠
	<input type="checkbox"/>	1段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 100 mg	25mg錠  1回4錠
	<input type="checkbox"/>	2段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 75 mg	25mg錠  1回3錠
アロマターゼ <sup>®</sup> 阻害薬	<input type="checkbox"/>		フェマーラ錠2.5mg [レトゾール]	1日 1回	1回 2.5 mg	連日投与
	<input type="checkbox"/>		アロマシン錠25mg [エキセメスタ]	1日 1回	1回 25 mg	連日投与
	<input type="checkbox"/>		アリミデックス錠1mg [アナストゾール]	1日 1回	1回 1 mg	連日投与

### 注意事項など

2020/12/24 (2020年9月薬事委員会で院外採用決定)

- ①カプセル→錠剤へ変更のため薬剤名変更
- ②食後投与の記載削除
- ③緊急採用使用届の記載削除

1Kur目	2Kur目	3Kur目	確認者	監査者
Day 1 ..... 21 22 ..... 28 29 ..... 49 50 ..... 56 57 ...				
パルホシクリブ ↓ ..... ↓ 休薬 ↓ ..... ↓ 休薬 ↓ ..... ↓				
アロマターゼ <sup>®</sup> 阻害薬 ↓ ..... ↓				