

ID:	=患者情報!B1			(CDDP + PEM +キイトルーダ) 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	月
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	疾患名	非扁平上皮性非小細胞肺癌			薬酸&VB ₁₂ 開始日	年	月	日
クール	3週ごと 全4コース →PD又は有害事象無ければPEM+キイトルーダで継続(別途レジメンの作成必要)				診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)					
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input checked="" type="checkbox"/> PS:0-1 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			医師名							
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済

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。

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応) ※事後登録は不可	<input type="checkbox"/> 済
CDDP 75	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	へムプロリスマブ 200	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body				
PEM 500 (へムトレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body						

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
事前確認	Chemo施行(特に初回) その前に以下の2項目を必ず確認すること!			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠(5mg)	0.5mg/1x	P.O.(内服) 連日服用	PEM初回投与1週間前から開始
	<input type="checkbox"/> (注射) メチコハール注(500μg)	2A(1mg)	i.m.(筋注) 9週間毎	PEM初回投与1週間前から開始
①	イメンドCap(125mg)	1Cap	P.O	②と同時に投与
②	デキサート注(3.3mg)	9.9mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ(0.75mg/50mL/袋)	1袋		
③	硫酸Mg補正液(1mEq/mL 20mL)	8mL	D.I.V	1時間
	ソルテム3A(500mL)	500mL		
④	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
⑤	へムプロリスマブ注 [キイトルーダ]	200 mg	D.I.V	30分
	生食液(50mL)	50 mL		
⑥	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
⑦	へムトレキセト注(PEM) [アテム]		D.I.V	10分
	生食液(100mL)	100mL		
⑧	ソルテム3A(500mL)	500mL	D.I.V	1時間
⑨	マンニトール注(300mL)	300mL	D.I.V	40分
⑩	シスプラチン注(CDDP)		D.I.V	1時間
	生食液(500mL)	250 mL		
⑪	ソルテム1(500mL)	500mL	D.I.V	1時間

Day 2 & 3 イメンドCap(80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること
Day 2 ~ 5 デキサート錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

薬剤師へ;キイトルーダ混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

Chemo初回開始1週間以上前 からへムトレキセト**最終投与22日後まで**
 (1) フォリアミン錠(5mg) **0.5mg / 1x 連日服用**
 (2) メチコハール注(500μg) **2A(1mg)/回 筋注(i.m.) 9週間毎**

注意事項など ※抗がん剤は、一般名(略名)で記載している。

	1Kur目		2Kur目				確認者	監査者
	Day	1	8	15	22	29		
キイトルーダ		↓			↓			
CDDP		↓			↓			
PEM		↓			↓			