

ID:	=患者情報!B1			(【4週毎】オプジーホ単独 [ニホルマブ]) 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	食道癌	開始日	年 月 日
クール	週 投与	週 休薬	診療科
備考	4週ごと (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。
 ※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	0 cm	体重	0 kg	体表面積	0.00 m ²
	<input checked="" type="checkbox"/> フッ化ピリミジン系薬剤の治療に不応又は不耐				<input checked="" type="checkbox"/> プラチナ系薬剤を含む治療に不応又は不耐					

薬品名	単位	外来化療加算	製薬会社へのFAX登録 食道癌に関しては不要 (2020年2月確認)
ニホルマブ 480	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input 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
①	ニホルマブ注 [オプジーホ]	480 mg	D.I.V	30分
	生食液(100mL) 50mL抜き取り	50 mL		

※オプジーホ投与量(48mL) + 生食液(50mL) = 98mLに設定
 ※総液量は体重30kg以上の患者は150mL以下、30kg未満の患者は100mL以下とする。
 ※希釈後の最終濃度は、0.35mg/mL以上とすること (参考: 21mg/60mL以上)

インラインフィルターを必ず使用して下さい。

1Kur目	2Kur目	希釈濃度に関して: 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。 インラインフィルター使用に関して: ニホルマブが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。	確認者	監査者
Day 1 8 15 22 29 36 ...	↓			

注意事項など