

| | | | | | | | | |
|-------|--------------|----------|----------|-----------------------------------|-----------|-----|-----|---|
| ID: | =患者情報!B1 | | | 【維持療法】 BV+テセントリク | 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 | 非扁平上皮性非小細胞肺癌 | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 | |

CBDCA+PTX+BV+テセントリク
4~6クール施行後の維持療法としてのみ適応

| | | | | | | | | |
|-----|----|---|----|---|---|-----|-----|---|
| クール | 1 | 週 | 投与 | 2 | 週 | 休業 | 診療科 | 呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科) |
| | 備考 | | | | | 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。

| |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HBs抗原 |
| <input type="checkbox"/> HBs抗体 |
| <input type="checkbox"/> HBc抗体 |

| | | | | | | | |
|------|--|-------|--|-----|--|-------|----------------------------|
| 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 | 告知の有無 | | P S | | 同意書取得 | <input type="checkbox"/> 済 |
|------|--|-------|--|-----|--|-------|----------------------------|

| | | | | | | | | |
|----|--|----|----|--|----|------|------|----------------|
| 身長 | | cm | 体重 | | kg | 体表面积 | 0.00 | m ² |
|----|--|----|----|--|----|------|------|----------------|

| | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|----------------|------------------|---|---------------------------------------|----------------------------|
| 薬品名 | 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 |
| アテゾリスマブ 1200 | mg/m ² mg/body | ヘパシスマブ (BV) 15 | mg/kg 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 |
|----|----------------------|-------|------|---|
| ① | テセントリク点滴静注 [アテゾリスマブ] | 1200 | mg | D.I.V 30分 前治療で忍容性が良好の場合 ※不明な場合は90分から開始し、 忍容性が良好であれば30分へ |
| | 生食液 (250mL) | 250 | mL | |
| ② | ヘパシスマブ注 (BV) [アバステン] | | mg | D.I.V 30分 前治療で忍容性が良好の場合 ※不明な場合は90分から開始し、 忍容性が良好であれば30分へ |
| | 生食液 (100mL) | 100mL | | |

注意事項など

薬剤師へ;テセントリク・パクリタキセル混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

| | | | | | | | |
|--------|-------|-------|----|----|----|--------|-----|
| | 1Kur目 | 2Kur目 | | | | | |
| | Day 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 36 ... | |
| テセントリク | ↓ | | ↓ | | | | |
| BV | ↓ | | ↓ | | | | |
| | | | | | | 確認者 | 監査者 |
| | | | | | | | |