

ID:											療法		
患者氏名	殿										(エベロリムス + エキセメスタン)		
年齢 性別			入院/外来			入力日	年	月	日	施行日	クール		
疾患名						開始日	年	月	日				
クール	週 投与		週 休薬		診療科								
	備考	連日投与				医師名							
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 非ステロイド性アロマトラーゼ阻害剤(レトゾールorアナストゾール)の治療歴のある患者					身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00

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
エベロリムス 10 (アフィニール錠)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	エキセメスタン 25 (アロマシン錠)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外

アフィニール錠は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。

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	アフィニール錠(5mg) [エベロリムス]	10 mg/1x	P.O (朝食後)	1回 10 mg
②	アロマシン錠(25mg) [エキセメスタン]	25 mg/1x	P.O (朝食後)	1回 25 mg

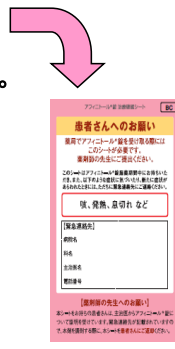
- 【注意事項】**
- 用法通りに服用すること(空腹時服用と食後服用では其々の薬剤で薬物動態の変動が大きい)
 - 肝機能障害のある患者では減量を考慮すること

【重要:薬剤師へ】

- 処方医登録状況を確認して下さい。
- 使用連絡票の結果報告(製薬会社担当MRよりTEL連絡あり)を必ず確認して下さい。
- 院外薬局で本剤を調剤する際、「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。

処方医師以外に確認する手段として、「アフィニール薬剤交付確認センター(0120-002853)」に連絡する方法があります。



1Kur目	確認者	監査者
Day 1		
エベロリムス ↓ (効果が認められなくなるまで連日投与)		

注意事項など