ID:	=患者情報!B1		
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

（ キイトルーダ単独 ［ペムブロリズマブ］ ）療法

施行日	クール

入院/外来		入力日		年		月		日
開始日		年		月		日		
診療科								
医師名								

疾患名	①PD-L1陽性の非小細胞肺癌 ②プラチナ+悪性腫瘍剤+キイトルーダ療法の継続療法 【注意】EGFR遺伝子変異陽性又は、ALK遺伝子陽性の化学療法未治療患者には推奨されていない
クール	備考 3週ごと

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

☑ 1st Line ☑ 2nd Line ☑ 3rd Line以降
☐ 術前 ☐ 術後補助 ☑ 進行 ☑ 再発
☑ PD-L1陽性（必須）
1st：TPS≧50%　2nd以降：TPS≧1%

告知の有無		P S		同意書取得	☐ 済
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m^2

薬品名	単位
ペムブロリズマブ 200	☐ mg/ kg ☑ mg/body

外来化療加算：☑ A　☐ B　☐ 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
☐ 済

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	ペムブロリズマブ注［キイトルーダ］	200 mg	D.I.V	30分
	生食液（50mL）	50 mL		

※希釈後の最終濃度は、1～10mg/mLとすること （参考：200mg/50mL＝4mg/mL）

【薬剤師の皆さんへ】プライミング時にはインラインフィルターを必ず使用して下さい。

	1Kur目			2Kur目		
Day	1	8	15	22	29	36 ・・・
ペムブロリズマブ	↓			↓		

確認者	監査者

注意事項など