

ID:	=患者情報!B1		( <b>エベロリムス単独</b> ) 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
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日	
疾患名				週 投与	週 休業	診療科		
クール	備考	連日投与		医師名				
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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	
	身長	cm	体重	kg	体表積	0.00	m <sup>2</sup>	

**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

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外
エベロリムス 10	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body				

### レジメン内容

該当する内容にを入れて下さい。

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
①	アフィニートール錠(5mg) [エベロリムス]	10 mg/1x	経口 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 空腹時	1回 10 mg

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。

#### 【注意事項】

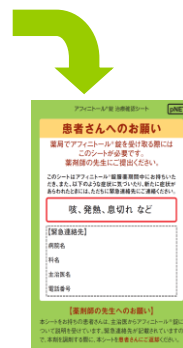
- 食後又は空腹時のいずれか一定の条件で投与すること(食後に投与した場合、CmaxおよびAUCが低下するため)
- 肝機能障害のある患者では減量を考慮すること

#### 【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より互連絡あり)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、「アフィニート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