

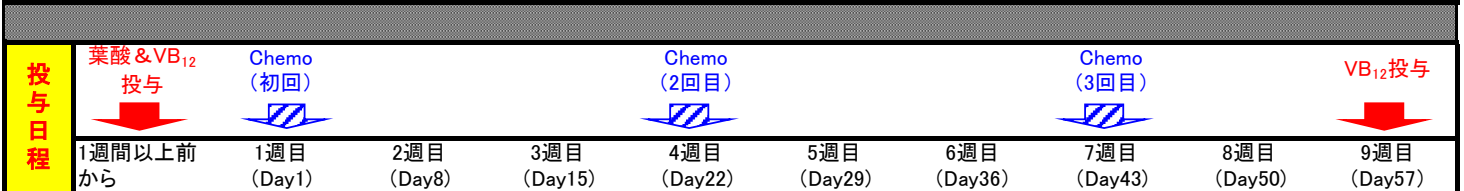
ID:	=患者情報!B1			( PEM単独 ) 療法				施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来		入力日	年	月	日
疾患名	非扁平上皮性非小細胞肺癌				葉酸 & VB <sub>12</sub> 開始日		年	月	日
クール		週	投与		週	休薬	診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )	
	備考	3週ごと (効果が認められなくなるまで)				医師名			

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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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抗体
							<input type="checkbox"/> HBc抗体	

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	告知の有無	
薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算		<input checked="" type="checkbox"/> A	P S			
PEM 500 (ヘムレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	同意書取得		<input type="checkbox"/> 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
事前確認	Chemo施行(特に初回) その前に以下の2項目を必ず確認すること!			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠 (5mg)	0.5mg/1x	P.O.(内服) 連日服用	PEM初回投与1週間前から開始
	<input type="checkbox"/> (注射) メチコハール注 (500 μg)	2A (1mg)	i.m.(筋注) 9週間毎	PEM初回投与1週間前から開始
①	デキサート注(3.3mg) 生食液(50mL)	6.6mg 50mL	D.I.V	15分
②	ヘムレキセト注(PEM) [アテムタ] 生食液(100mL)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> mg 100mL	D.I.V	10分



Chemo初回開始1週間以上前からヘムレキセト最終投与22日後まで

(1) フォリアミン錠 (5mg)      0.5mg / 1x 連日服用

(2) メチコハール注 (500 μg)      2A (1mg) / 回 筋注 (i.m.) 9週間毎

注意事項など ※抗がん剤は、一般名(略名)で記載している。

1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day 1 8 15 22 29 36 . . .	PEM ↓ ↓		