

ID:	=患者情報!B1			( CDDP + PEM + テセントリク ) 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	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	3週ごと 4~6コース →PD又は有害事象無ければPEM+テセントリクで継続(別途レジメンの作成必要)				診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )			
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				医師名				
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>	告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済

**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

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	A	B	対象外
CDDP 75	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	アテゾリズマブ 1200	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEM 500 (ヘムレキセド)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 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
<b>事前確認</b>	<b>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!</b>			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠(5mg)	0.5mg/1x	<b>P.O.(内服) 連日服用</b>	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(500μg)	2A(1mg)	<b>i.m.(筋注) 9週間毎</b>	PEM初回投与1週間前から開始

①	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	アテゾリズマブ注 [テセントリク]	<b>1200</b> mg	D.I.V	1時間 ※初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降は30分まで短縮可能
	生食液(250mL)	<b>250</b> mL		
③	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
④	イメンドCap(125mg)	1Cap	P.O	⑤と同時に投与
⑤	テキサート注(3.3mg)	9.9mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ(0.75mg/50mL/袋)	1袋		
⑥	硫酸Mg補正液(1mEq/mL 20mL)	8mL	D.I.V	1時間
	ソルテム3A(500mL)	500mL		
⑦	ヘムレキセド注(PEM) [アテムタ]	mg	D.I.V	10分
	生食液(100mL)	100mL		
⑧	ソルテム3A(500mL)	500mL	D.I.V	1時間
⑨	マンニトール注(300mL)	300mL	D.I.V	40分
⑩	シスプラチン注(CDDP)	mg	D.I.V	1時間
	生食液(500mL)	250mL		
⑪	ソルテム1(500mL)	500mL	D.I.V	1時間

**Day 2 & 3** イメンドCap(80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること  
**Day 2 ~ 5** テカドロン錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

**薬剤師へ; テセントリク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。**

**Chemo初回開始1週間以上前** からヘムレキセド最終投与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(500μg) 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...		
テセントリク	↓			↓				
CDDP	↓			↓				
PEM	↓			↓				