

|       |  |          |          |                             |     |        |   |     |     |
|-------|--|----------|----------|-----------------------------|-----|--------|---|-----|-----|
| ID:   | =患者情報!B1   |          |          | (カボザンチニブ単独<br>【カボメティクス】) 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   | がん化学療法後に増悪した<br>切除不能な肝細胞癌  |          |          |                             | 開始日 | 年      | 月 | 日   |     |
| クール   | 連日投与<br>(効果が認められなくなるまで)  |          |          |                             | 診療科 | 消化器内科  |   |     |     |
| 適応基準  | <input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line <input checked="" type="checkbox"/> ソラフェニブ治療歴<br><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 | 普久原 朝史 |   |     |     |


|     |  |     |  |                |    |   |      |                |                            |  |
|-----|--|-----|--|----------------|----|---|------|----------------|----------------------------|--|
| 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<br>化療<br>加算 |    | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> B<br><input checked="" type="checkbox"/> 対象外 |      | P S            |                            |  |
|     | <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> mg/body |     | <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> mg/body |                |    |   |      | 同意書<br>取得      | <input type="checkbox"/> 済 |  |

|           |  |  |  |  |  |  |  |                                |                                |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>重要</b> | 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。<br>※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 |                                |

カボメティクス錠は当院未採用薬のため「緊急医薬品使用届」の提出が必要です。

## レジメン内容

| 順番                                    | 医薬品名                  | 投与量                              | 投与スケジュール・投与方法                              |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| 通常<br>投与量<br><input type="checkbox"/> | カボメティクス錠<br>【カボザンチニブ】 | 1回 60mg<br>(60mg規格 × 1錠)<br>1日1回 | 連日服用 空腹時<br>食事の1時間前から<br>食後2時間までの間の服用は避ける事 |
| 1段階<br>減量<br><input type="checkbox"/> | カボメティクス錠<br>【カボザンチニブ】 | 1回 40mg<br>(20mg規格 × 2錠)<br>1日1回 | 連日服用 空腹時<br>食事の1時間前から<br>食後2時間までの間の服用は避ける事 |
| 2段階<br>減量<br><input type="checkbox"/> | カボメティクス錠<br>【カボザンチニブ】 | 1回 20mg<br>(20mg規格 × 1錠)<br>1日1回 | 連日服用 空腹時<br>食事の1時間前から<br>食後2時間までの間の服用は避ける事 |

 該当する内容に を入れて下さい。

|        |     |     |
|--------|-----|-----|
| 注意事項など | 確認者 | 監査者 |
|        |     |     |