

ID:	=患者情報!B1			<b>(【2週毎】オプジーボ単独 [ニボルマブ] 療法)</b>	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	食道癌				開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科				
	備考	2週ごと (効果が認められなくなるまで)			医師名				

<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。					<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

適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line	<input type="checkbox"/> 2nd Line	<input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降	告知の有無		P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済				
	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後補助	<input checked="" type="checkbox"/> 進行	<input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>
	<input checked="" type="checkbox"/> フツ化ピリミジン系薬剤の治療に不応又は不耐 <input checked="" type="checkbox"/> プラチナ系薬剤を含む治療に不応又は不耐												

薬品名	単位	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A	製薬会社へのFAX登録 食道癌に関しては不要 (2020年2月確認)
ニボルマブ 240	<input type="checkbox"/> mg/kg		<input type="checkbox"/> B	
※固定用量	<input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> 対象外	

## 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	ニボルマブ注 [オプジーボ]	240	D.I.V	30分
	生食液(100mL)	50		

**インラインフィルターを必ず使用して下さい。**

<table border="1"> <tr> <th>1Kur目</th> <th>2Kur目</th> <th>3Kur目</th> </tr> <tr> <td>Day 1 8</td> <td>15 22</td> <td>29 36 ...</td> </tr> <tr> <td>ニボルマブ ↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1Kur目	2Kur目	3Kur目	Day 1 8	15 22	29 36 ...	ニボルマブ ↓	↓	↓	希釈濃度に関して; 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。  インラインフィルター使用に関して; ニボルマブが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。	確認者	監査者
1Kur目	2Kur目	3Kur目										
Day 1 8	15 22	29 36 ...										
ニボルマブ ↓	↓	↓										

**注意事項など**