

ID:	=患者情報!B1			(アベマシクリブ+フルベストラント) 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		開始日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

クール	アベマシクリブ: 連日投与 フルベストラント: 初回、2週後、4週後、その後4週ごとに1回	診療科	
		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。
 ※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

適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" 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	cm	体重	kg	体表面积	0.00 m ²

薬品名	単位	薬品名	単位	外来	化療	加算
ベージニオ錠 [アベマシクリブ] 300	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	フェソロデックス [フルベストラント] 500	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> 対象外

レジメン内容

<input checked="" type="checkbox"/> 該当する内容を入れて下さい。	<input type="checkbox"/>	通常量	ベージニオ錠 [アベマシクリブ]	1日 2回	1回 150 mg	連日投与
	<input type="checkbox"/>	1段階減量	ベージニオ錠 [アベマシクリブ]	1日 2回	1回 100 mg	
	<input type="checkbox"/>	2段階減量	ベージニオ錠 [アベマシクリブ]	1日 2回	1回 50 mg	

フェソロデックス筋注250mg [フルベストラント]	500	mg/1×	筋注 250mg/筒を 左右の臀部に1筒ずつ	day1・15 (2クール目からは28日毎に投与)
----------------------------	-----	-------	------------------------	---------------------------

【閉経前患者の場合は下記を併用】

ゾラデックス[ゴセリン] or リュープリン[リュープロレリン]

注意事項など

2020/12/24 (2020年5月薬事委員会で院外採用決定)
 ・緊急採用使用届の記載削除

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	4Kur目	確認者	監査者
Day	1	15	29	57		
アベマシクリブ	↓	↓	↓	↓		
フルベストラント	↓	↓	↓	↓		