

ID:	=患者情報!B1			(【維持療法】イミフィンジ) 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	開始日	年	月	日		
疾患名	小細胞肺癌								

**CBDCA/CDDP+VP16+イミフィンジ
4クール施行後の維持療法としてのみ適応**

クール	1	週	投与	3	週	休薬	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)
	備考					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。
 HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体
※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。

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 type="checkbox"/> 再発	告知の有無		P S		同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00 m ²

薬品名	イミフィンジ 1500	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	※体重が30kg以下の場合、イミフィンジ注を20mg/kgとする。 外来化療加算 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <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	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマフ]	1500 mg	D.I.V	1時間
	生食液 (100mL)	100 mL		
③	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分

注意事項など
 薬剤師へ; イミフィンジ混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

<table border="1"> <tr> <th>1Kur目</th> <th>2Kur目</th> </tr> <tr> <td>Day 1 8 15 22 29 36 ...</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イミフィンジ ↓</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1Kur目	2Kur目	Day 1 8 15 22 29 36 ...		イミフィンジ ↓	↓	<table border="1"> <tr> <td>確認者</td> <td>監査者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	確認者	監査者		
1Kur目	2Kur目										
Day 1 8 15 22 29 36 ...											
イミフィンジ ↓	↓										
確認者	監査者										