

ID:	=患者情報!B1			(タルセバ+BV [エルロチニブ]+[ヘバシスマブ]) 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	非扁平上皮性非小細胞肺癌	開始日	年	月	日
クール	BV[ヘバシスマブ]: Day1(3週毎) タルセバ[エルロチニブ]: 連日	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)		
		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。
 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	告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
	<input type="checkbox"/> 術前 <input checked="" type="checkbox"/> PS0-1 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積

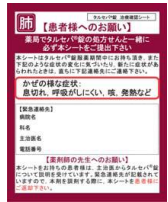
扁平上皮癌は除外。
 喀血の無い症例。

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
エルロチニブ 150	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	ヘバシスマブ [®] 15 (BV)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body		

レジメン内容

医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
タルセバ錠 [エルロチニブ]	150 mg/1x	P.O 食事の1時間以上前 or 食事2時間以降	1回 150 mg
ヘバシスマブ注(BV) [アバステン]	mg	D.I.V	初回 90分 2回目以降 30分 ※問題なければ時間短縮
生食液(100mL)	100mL		

【重要: 薬剤師へ】
 院外薬局でタルセバ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」が必要です。
 注意; 患者へは①絶対に紛失しないように保管すること、
 ②院外薬局へは毎回提示することと指導して下さい。



注意事項など	1Kur目		2Kur目				確認者	監査者
	Day	1	8	15	22	29		
	エルロチニブ(連日)	↓	↓	↓	↓	↓		
	BV	↓			↓			