

ID:	=患者情報!B1			(【6週毎】キイトルーダ単独 [ペムブロリスマブ]) 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	PD-L1陽性の非小細胞肺癌	開始日	年 月 日
	【注意】EGFR遺伝子変異陽性又は、ALK遺伝子陽性の化学療法未治療患者には推奨されていない	診療科	
クール	備考 6週ごと	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。			<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 checked="" 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	体表面積	0.00

薬品名	単位	外来化療加算	製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応) ※事後登録は不可	<input type="checkbox"/> 済
ペムブロリスマブ 400	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<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	ペムブロリスマブ注 [キイトルーダ]	400 mg	D.I.V	30分
	生食液(50mL)	50 mL		

※希釈後の最終濃度は、1~10mg/mLとすること (参考: 400mg/50mL=8mg/mL)

【薬剤師の皆さんへ】プライミング時にはインラインフィルターを必ず使用して下さい。

1Kur目	2Kur目				
Day 1 8 15 43 50 57 ...	↓				
ペムブロリスマブ ↓					

注意事項など