

ID:	=患者情報!B1			( ジオトリフ単独 [アファチニブ] ) 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	非小細胞肺癌				開始日	年	月	日			
クール	週 投与	週 休薬	診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )							
	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)			医師名						
適応基準	<input 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 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

**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。

薬品名	単位	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	製薬会社へのFAX登録 ⇒2015年不要となる(川上)
ジオトリフ 40 [アファチニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body			

### 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
----	------	-----	------	----------

↓ 該当する内容に を入れて下さい。

通常 投与量 <input type="checkbox"/>	ジオトリフ錠 [アファチニブ]	40	mg/1x	P.O.(空腹時) 食事の1時間以上前 or 食後3時間以降	1回	40	mg	1日1回 連日服用
---------------------------------------	--------------------	----	-------	---	----	----	----	-----------

減量設定 <input type="checkbox"/>	減量① ジオトリフ錠 [アファチニブ]	30	mg/1x	P.O.(空腹時) 食事の1時間以上前 or 食後3時間以降	1回	30	mg	1日1回 連日服用
----------------------------------	---------------------------	----	-------	---	----	----	----	-----------

減量設定 <input type="checkbox"/>	減量② ジオトリフ錠 [アファチニブ]	20	mg/1x	P.O.(空腹時) 食事の1時間以上前 or 食後3時間以降	1回	20	mg	1日1回 連日服用
----------------------------------	---------------------------	----	-------	---	----	----	----	-----------

注意1) 1日1回20mg投与(減量②タイプ)で忍容性が認められない場合は、投与中止を考慮すること。  
 注意2) 一旦減量した後は、増量を行わないこと。

増量設定 <input type="checkbox"/>	増量 ジオトリフ錠 [アファチニブ]	50	mg/1x	P.O.(空腹時) 食事の1時間以上前 or 食後3時間以降	1回	50	mg	1日1回 連日服用
----------------------------------	--------------------------	----	-------	---	----	----	----	-----------

注意) 1日1回50mgまで増量できる。但し1日1回40mgで3週間以上投与し、下痢、皮膚障害、口内炎及びその他のグレード2以上の副作用が認められない場合とする。

**【初回セット処方】**

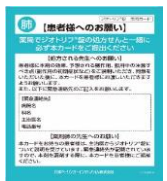
- ロペミンCap(1mg) 下痢時 1回2Cap 10回分
- ヒルドイドソフト軟膏 全身 1本 ※定期的に保湿
- ロコイドクリーム ざ瘡皮疹出現時:顔 1本
- リンデロンVG軟膏 ざ瘡皮疹出現時:体 1本

**【重要:薬剤師へ】**  
 院外薬局でジオトリフ錠を調剤する際、「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。

**下痢の患者指導について**

- ① 日常の排便回数より2回以上増え便が緩くなったなら、ロペミンCapを服用する。
- ② 2時間経過しても下痢の症状が治まらない ⇒ ロペミンCapを追加服用する。
- ③ 更に2時間経過しても下痢症状が続く ⇒ ロペミンCapを追加服用する。※計6Cap服用
- ④ それでも下痢が治まらない・・・ ⇒ ジオトリフ錠の服用を中止し、受診するように指導する。



Day 1 .....	確認者	監査者
アファチニブ ↓ ..... (効果が認められなくなるまで連日投与)		

**注意事項など**