

ID:	=患者情報!B1			(ラムシルマブ + DTX) 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	3週毎		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 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	薬品名	単位	サイラムザ注 → 緊急医薬品使用届提出 (事後登録不可)	<input type="checkbox"/> 済	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外
ラムシルマブ [®] 10 [サイラムザ注]	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	DTX 60 [ドセタキセル注]	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body				

サイラムザ注は当院未採用薬のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。

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	レスタミンコウ錠 (10mg)	5錠	ラムシルマブ投与30分前までに内服	
②	デキサート注 (3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	生食液 (50mL)	50mL		
③	ラムシルマブ注 [サイラムザ]	<input style="width: 50px;" type="text"/> mg	D.I.V	60分
	生食液 (250mL)	250mL		
④	生食液 (100mL)	100mL	D.I.V	経過観察 (1時間)
⑤	ドセタキセル注 (DTX)	<input style="width: 50px;" type="text"/> mg	D.I.V	60分
	5%ブドウ糖液 (250mL)	250mL		

注意事項など
 看護師の方々へ; ラムシルマブ(サイラムザ点滴静注)およびパクリタキセル投与の際は必ずPVC点滴フリーセット、フィルターを使用して下さい。

ボトル④はラムシルマブ投与2回目まで必須とする。
 (infusion reaction確認のため: 3回目以降は不要)

【備考欄】

	1Kur	2Kur	3Kur	4Kur		確認者	監査者						
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57	64		
ラムシルマブ	↓		↓		↓		↓		↓			
DTX	↓		↓		↓		↓		↓			