

ID:	=患者情報!B1		(ザーコリ単独 [クリゾチニブ]) 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
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	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 checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)			
備考	連日投与		医師名	石垣 昌伸					

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
 HBe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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	体表面积	0.00 m ²

薬品名	単位	用量設定	外来化療加算	製薬会社へのFAX登録	<input type="checkbox"/> 済
ザーコリ 500 [クリゾチニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	患者状態により適宜減量する。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	※ALK融合遺伝子陽性の場合のみ (申請医師にて対応)	

200mg規格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
通常投与量 <input type="checkbox"/>	ザーコリCap (250mg) [クリゾチニブ]	500 mg/2x	P.O	1回 250 mg 1日2回 連日服用
減量 <input type="checkbox"/>	ザーコリCap (200mg) [クリゾチニブ] <small>200mg規格は当院未採用のため、「緊急医薬品使用届」の提出が別途必要です。</small>	400 mg/2x	P.O	1回 200 mg 1日2回 連日服用

該当する内容にチェック を入れて下さい。

【重要: 薬剤師へ】

- 処方医登録状況を確認して下さい。
- 使用連絡票の結果報告(製薬会社担当MRより直接連絡あり)を必ず確認して下さい。
- 院外薬局で本剤を調剤する際、「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。



【注意すべき副作用】

- 間質性肺炎、○肝機能障害、○QT間隔延長
- 血液毒性、○視覚障害

Day 1	確認者	監査者
クリゾチニブ ↓ (効果が認められなくなるまで連日投与)		

注意事項など