

ID:	=患者情報!B1			( <span style="color: red;">エベロリムス単独</span> ) 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					開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科				
	備考	連日投与			医師名				
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発				告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>	

<b>重要</b>	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

薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A
エベロリムス 10	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> B

## レジメン内容

該当する内容にを入れて下さい。

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
①	アフィニール錠 (5mg) [エベロリムス]	10 mg/1x	経口 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 空腹時	1回 10 mg

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。

- 【注意事項】**
- 食後又は空腹時のいずれか一定の条件で投与すること(食後に投与した場合、CmaxおよびAUCが低下するため)
  - 肝機能障害のある患者では減量を考慮すること

**【重要: 薬剤師へ】**

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。

アフィニール錠 治療確認シート (B7)

患者さんへのおお願い

薬局でアフィニール錠を受け取る際にはこのシートが必要です。  
薬剤師の先生にご提示ください。

このシートはアフィニール錠 処方箋情報に添付されています。また、以下の内容を必ずお読みください。処方箋に添付されている場合には、お読みください。

咳、発熱、息切れ など

【緊急連絡先】

病院名  
科名  
主治医名  
電話番号

【薬剤師の先生へのおお願い】

本シートをお持ちの患者さんは、主治医からアフィニール錠について説明を受けています。緊急連絡先が記載されていますので、薬剤師が指示する際に、必ずお読みください。

1Kur目	確認者	監査者
Day 1 .....		
エベロリムス ↓ ..... (効果が認められなくなるまで連日投与)		

**注意事項など**