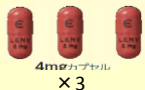

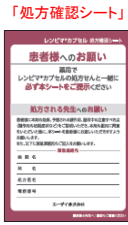



ID: =患者情報!B1		(レンビマ単独 [レンパチエブ]) 療法				施行日	クール		
患者氏名	=患者情報!B2 殿					入院/外来	入力日	年	月
年齢 性別	=患者情報!B6 =患者情報!B7		開始日	年	月	日			
疾患名			診療科						
クール	連日投与		医師名						
備考									
適応基準	<input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <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		
	身長	cm	体重	kg	体表面积	0.00	m ²		
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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体		
	レンビマCap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。								
外来化療加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外	オーフアンドラッグ指定のため、症例が無い限り卸問屋に在庫を備蓄させることができません。したがって、使用に際しては、連絡を頂いてから1～2週間かかります。							
レジメン内容									
該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。									
投与量設定時の注意									
①体重60kg未満 ②中等度 (Child-Pughスコア7～8) 以上の肝機能障害あり 上記①、②がひとつでも当てはまる場合は1段階減量で開始する事 ※副作用出現時の減量基準は添付文書をご確認下さい。									
<input type="checkbox"/>	通常量	レンビマCap [レンパチエブ]	1日 1回	1回 12 mg	1回量 4mg × 3Cap	 4mgカプセル × 3			
<input type="checkbox"/>	1段階減量	レンビマCap [レンパチエブ]	1日 1回	1回 8 mg	1回量 4mg × 2Cap	 4mgカプセル × 2			
<input type="checkbox"/>	2段階減量	レンビマCap [レンパチエブ]	1日 1回	1回 4 mg	1回量 4mg × 1Cap	 4mgカプセル × 1			
<input type="checkbox"/>	3段階減量	レンビマCap [レンパチエブ]	1日 1回 【隔日投与】	1回 4 mg	1回量 4mg × 1Cap	 4mgカプセル × 1			
【重要:薬剤師へ】									
「処方確認シート」および「服用量チェックシート」に必要事項を記入の上、患者へ交付して下さい。						 			
注意: 患者へは、以下の項目を指導して下さい。 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									
注意事項など						確認者	監査者		
内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。 (1) ビドキサル錠(10) 3～6錠/日 , (2) 保湿剤(ヒルドイドなど)									