

ID:	=患者情報!B1			( <b>CBDCA + PEM + テセントリク</b> ) 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	日	
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8			年	月	日					
疾患名	非扁平上皮性非小細胞肺癌			葉酸&VB <sub>12</sub> 開始日		年	月	日					
~	3週ごと <b>4~6コース</b> →PD又は有害事象無ければPEM+テセントリクで継続(別途レジメンの作成必要)			診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )								
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input checked="" type="checkbox"/> PS:0-1 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			医師名									
身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	告知の有無		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済
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。											<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	薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外							
CBDCA AUC 6	PEM 500 (ペムレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	アテゾリスマブ* 1200	<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
事前確認	Chemo施行(特に初回) その前に以下の2項目を必ず確認すること!			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠(5mg)	0.5mg/1x	P.O.(内服) 連日服用	PEM初回投与1週間前から開始
<input type="checkbox"/> (注射) メチコハール注(500μg)	2A(1mg)	i.m.(筋注) 9週間毎	PEM初回投与1週間前から開始	
①	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	アテゾリスマブ注 [テセントリク]	1200	D.I.V	1時間 ※初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降は30分まで短縮可能
	生食液(250mL)	250		
③	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
④	イメンドCap(125mg)	1Cap	P.O	⑤と同時に投与
⑤	デキサート注(3.3mg)	3.3mg	D.I.V	15分
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
⑥	ペムレキセト注(PEM) [アリムタ]		D.I.V	10分
	生食液(100mL)	100mL		
⑦	カルボプラチン注(CBDCA)		D.I.V	60分
	生食液(250mL)	250mL		
⑧	生食液(100mL)	100mL	D.I.V	30分

Day 2 & 3 イメンドCap(80mg) 1Cap/回 ※午前中に投与すること

薬剤師へ;テセントリク混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

Chemo初回開始1週間以上前から最終投与22日後まで

(1)フォリアミン錠(5mg) 0.5mg / 1x 連日服用 , (2)メチコハール注(500μg) 2A(1mg)/回 筋注(i.m.) 9週間毎

注意事項など ※抗がん剤は、一般名(略名)で記載している。

	1Kur目			2Kur目			確認者	監査者
Day	1	8	15	22	29	36 ...		
テセントリク	↓			↓				
CBDCA	↓			↓				
PEM	↓			↓				