


ID:	=患者情報!B1			(パルホシクリブ+フルベストラント) 療法 【閉経後】				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	手術不能又は再発乳癌				開始日	年	月	日	
クール	3	週	投与	1	週	休薬	診療科		
	備考	パルホシクリブ: day1~21 フルベストラント: day1~15 (2クール目からは28日毎に投与)				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
	<input type="checkbox"/> HR(+) <input checked="" type="checkbox"/> HER2(-)					

薬品名	単位	外来化療加算
イブランス錠 [パルホシクリブ] 125	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外

レジメン内容

<input checked="" type="checkbox"/> 該当する内容を入れて下さい。	<input type="checkbox"/>	通常量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 125 mg	125mg錠  1回1錠
	<input type="checkbox"/>	1段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 100 mg	25mg錠  1回4錠
	<input type="checkbox"/>	2段階減量	イブランス錠 [パルホシクリブ]	1日 1回	1回 75 mg	25mg錠  1回3錠

フェソロデックス筋注250mg [フルベストラント]	500	mg/1×	筋注 250mg/筒を 左右の臀部に1筒ずつ	day1~15 (2クール目からは28日毎に投与)
-------------------------------	-----	-------	------------------------------	------------------------------

2クール目以降のフェソロデックス筋注投与について、投与予定日±7日であれば投与可とする。

注意事項など

2020/12/24 (2020年9月薬事委員会で院外採用決定)
 ①カプセル→錠剤へ変更のため薬剤名変更
 ②食後投与の記載削除
 ③緊急採用使用届の記載削除

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	確認者	監査者
Day	1 15 21	22 28 29 49 50 56 57.....			
パルホシクリブ	↓ ↓	休薬 ↓ ↓	休薬 ↓ ↓		
フルベストラント	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓		