

ID:	=患者情報!B1			( <b>パニツムマブ単独</b> ) 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	提出日	年	月	日	
疾患名				施行予定日	年	月	日		
クール	2週毎			診療科					
備考	RAS (KRAS及びNRAS) 遺伝子変異の有無を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと			申請医師名					

**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。

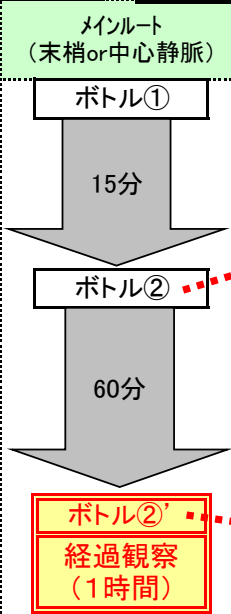
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line	<input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line	<input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降	告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
	<input type="checkbox"/> 術前	<input type="checkbox"/> 術後補助	<input checked="" type="checkbox"/> 進行	<input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00
	<input checked="" type="checkbox"/> KRAS遺伝子野生型のみ									

第1日目	外来治療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外	薬品名	単位	薬 確 剤 認 師 者	薬 監 剤 査 師 者
			パニツムマブ 6	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body		

レスタミンコーワ錠 (10mg)	5錠
(パニツムマブ投与30分前までに内服)	
ボトル①	
デキサト注(3.3mg)	6.6 mg
生食液	50 mL

ボトル②	
パニツムマブ [パケティビックス]	mg
生食液	100 mL

ボトル②' (初回のみ)	
生食液(100)	100 mL



看護師の方々へ;  
 パニツムマブ投与の際は必ずPVCフリー輸液セット、フィルターを使用して下さい。

※希釈後の最終濃度が10mg/mLを超えないように注意  
 ※1回投与量が1,000mgを超える場合は90分以上かけて投与

**ボトル②' は初回のみ**  
 (infusion reaction確認のため:2回目以降は不要)

	1Kur目		2Kur目
Day	1	.....	15
パニツムマブ	↓		↓

注意事項など