

ID:	=患者情報!B1			(タフィンラー +メキニスト併用 [タブラフェニブ+トラメチニブ])			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	BRAF遺伝子変異を有する非小細胞肺癌					開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科	呼吸器 (<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)				
	備考	連日投与			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。							<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"/> HBe抗体	

適応基準	<input checked="" 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		
	<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

薬品名	単位	用量設定	外来化療加算	製薬会社へのFAX登録 (全例登録が必要です!)		<input type="checkbox"/> 済
タフィンラー 300 [タブラフェニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	患者状態により適宜減量する。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外			
メキニスト 2 [トラメチニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	患者状態により適宜減量する。				

タフィンラー・メキニスト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。

レジメン内容

順番	医薬品名	投与量		投与スケジュール			服用方法
通常 <input type="checkbox"/>	タフィンラーCap [タブラフェニブ]	300	mg/2x	1回	150	mg	P.O 1日2回 空腹時 連日服用
減慮① <input type="checkbox"/>	タフィンラーCap [タブラフェニブ]	200	mg/2x	1回	100	mg	
減慮② <input type="checkbox"/>	タフィンラーCap [タブラフェニブ]	150	mg/2x	1回	75	mg	
減慮③ <input type="checkbox"/>	タフィンラーCap [タブラフェニブ]	100	mg/2x	1回	50	mg	
通常 <input type="checkbox"/>	メキニスト錠 [トラメチニブ]	2	mg/1x	1回	2	mg	P.O 1日1回 空腹時 連日服用
減慮① <input type="checkbox"/>	メキニスト錠 [トラメチニブ]	1.5	mg/1x	1回	1.5	mg	
減慮② <input type="checkbox"/>	メキニスト錠 [トラメチニブ]	1	mg/1x	1回	1	mg	

該当する内容にチェック を入れて下さい。

Day 1		
タブラフェニブ ↓	(効果が認められなくなるまで連日投与)	
トラメチニブ ↓	(効果が認められなくなるまで連日投与)	
		確認者 監査者

注意事項など