

ID:	=患者情報!B1			(【4週毎】オプジーホ[®]単独 [ニボルマブ]) 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	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	4週ごと (効果が認められなくなるまで)			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"/> HBc抗体

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	0 cm	体重	0 kg
	<input checked="" type="checkbox"/> 非扁平上皮癌、扁平上皮癌 共に使用可能		体表面積	0.00 m ²		

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	製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応)	<input type="checkbox"/> 済	
ニボルマブ 480	<input type="checkbox"/> mg/kg					
※固定用量	<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
①	ニボルマブ注 [オプジーホ [®]]	480 mg	D.I.V	30分
	生食液 (100mL) 50mL抜き取り	50 mL		

※オプジーホ[®]投与量 (48mL) + 生食液 (50mL) = 98mL に設定
 ※総液量は体重30kg以上の患者は150mL以下、30kg未満の患者は100mL以下とする。
 ※希釈後の最終濃度は、0.35mg/mL以上とすること (参考: 21mg/60mL以上)

インラインフィルターを必ず使用して下さい。

1Kur目	2Kur目	希釈濃度に関して; 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。 インラインフィルター使用に関して; ニボルマブ [®] が高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。	確認者	監査者
Day 1 8 15 22 29 36 ...				
ニボルマブ ↓	↓			

注意事項など