

ID:	=患者情報!B1			(エペロリムス+オクトレオチドLAR併用) 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					開始日	年	月	日	
クール	エペロリムス:連日投与 オクトレオチドLAR筋注:4週毎				診療科				
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/>				告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00 m ²	

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。
 ※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。

薬品名	単位	薬品名	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外
エペロリムス 10	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	オクトレオチドLAR 用量設定は下記参照		

レジメン内容 平成26年度診療報酬改定に伴い、対象外となった 該当する内容に☑を入れて下さい。

順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール
①	アフィニートール錠(5mg) [エペロリムス]	10 mg/1x	経口 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 空腹時	1回 10 mg
②	サンドスタチンLAR筋注 [オクトレオチド 酢酸塩徐放性製剤]	<input checked="" type="checkbox"/> 20mg <input type="checkbox"/> 30mg <input type="checkbox"/> 10mg	筋注(臀部)	4週毎

3ヶ月間投与後に用量を変更する際は、該当する用量を選択し直して下さい。

使用開始から3ヶ月間(3回分)は、原則として20mg設定となります。その後は症状により10mg、20mgまたは30mg設定となります。

両薬剤とも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。

- 【注意事項】**
- アフィニートール錠(エペロリムス)について;
- 食後又は空腹時のいずれか**一定の条件**で投与すること(食後に投与した場合、CmaxおよびAUCが低下する)
 - 肝機能障害のある患者では減量を考慮すること
- サンドスタチンLAR筋注(オクトレオチドLAR)について;
- 「消化管ホルモン産生腫瘍に伴う諸症状の改善」の適応症に基づいて登録している。

【重要:薬剤師へ】

- 処方医登録状況を確認して下さい。
- 使用連絡票の結果報告(製薬会社担当MRより直接連絡あり)を必ず確認して下さい。
- 院外薬局で本剤を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」が必要です。

注意:患者へは①絶対に紛失しないように保管すること、②院外薬局へは毎回提示することと指導して下さい。

処方医師以外に確認する手段として、「アフィニートール薬剤交付確認センター(0120-002853)」に連絡する方法があります。



	1Kur目	2Kur目	3Kur目	
Day	1	29	57
エペロリムス	↓	↓	↓	(効果が認められなくなるまで連日投与)
オクトレオチドLAR	↓	↓	↓	

確認者	監査者

注意事項など