

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--|---|---|----------------------------------|----------------------------|------|----------------|-----|
| ID: | =患者情報!B1 | | (CDDP + VP-16 +イミフィンジ) 療法 | | | | 施行日 | クール | | | |
| 患者氏名 | =患者情報!B2 殿 | | | | | | 入院/外来 | 入力日 | 年 | 月 | 日 |
| 年齢 性別 | =患者情報!B6 | =患者情報!B7 | | | | | | | | | |
| 疾患名 | 小細胞肺癌 | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| クール | 1 | 週 投与 | 2 | 週 休薬 | 診療科 | 呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科) | | | | | |
| 備考 | CDDP・・・Day1 , VP-16・・・Day1, 2, 3 イミフィンジ・・・Day1 3週毎 4コースまで→PD又は有害事象 無ければイミフィンジ単剤で継続 | | | 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。 ※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抗原 | | | | |
| | | | | | | | <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 | | | <input checked="" type="checkbox"/> PS:0-1 | 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 type="checkbox"/> 再発 | | | <input type="checkbox"/> 再発 | | | | | | | |
| 薬品名 | | 薬品名 | 単位 | 身長 | cm | 体重 | kg | 体表面積 | 0.00 | m ² | |
| CDDP | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² | VP-16 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² | 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) ※事後登録は不可 | | <input type="checkbox"/> 済 | | | |
| 75-80 | <input type="checkbox"/> mg/body | 80-100 | <input type="checkbox"/> mg/body | | | | | | | | |
| イミフィンジ [*] | <input type="checkbox"/> mg/m ² | ※体重が30kg以下の場合、 イミフィンジ注を20mg/kgとする。 | | | | | | | | | |
| 1500 | <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 | | | | | |
| Day1 | | | | | | | | | | | |
| ① | 生理食塩液 (50mL) | | 50mL | D.I.V | | 10分 | | | | | |
| ② | イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマブ] | | 1500 mg | D.I.V | | 1時間 | | | | | |
| | 生食液 (100mL) | | 100 mL | | | | | | | | |
| ③ | 生理食塩液 (50mL) | | 50mL | D.I.V | | 10分 | | | | | |
| ④ | イメンドCap (125mg) | | 1 Cap | P.O | | ⑤と同時に投与 | | | | | |
| ⑤ | デキサート注 (3.3mg) | | 9.9mg | D.I.V | | 15分 | | | | | |
| | アロキシ点滴静注パック [*] (0.75mg/50mL/袋) | | 1袋 | | | | | | | | |
| ⑥ | 硫酸Mg補正液 (1mEq/mL 20mL) | | 8mL | D.I.V | | 1時間 | | | | | |
| | ソルテム3A (500mL) | | 500mL | | | | | | | | |
| ⑦ | イトホシト注 (VP-16) | | mg | D.I.V | | 2時間 | | | | | |
| | 5%ブドウ糖液 (500mL) | | 500mL | | | | | | | | |
| ⑧ | ソルテム3A (500mL) | | 500mL | D.I.V | | 1時間 | | | | | |
| ⑨ | マンニトール注 (300mL) | | 300mL | D.I.V | | 40分 | | | | | |
| ⑩ | シスプラチン注 (CDDP) | | mg | D.I.V | | 1時間 | | | | | |
| | 生食液 (500mL) | | 250mL | | | | | | | | |
| ⑪ | ソルテム1 (500mL) | | 500mL | D.I.V | | 1時間 | | | | | |
| Day2~3 | | | | | | | | | | | |
| ① | イメンドCap (80mg) | | 1 Cap | P.O | | 午前中に投与 | | | | | |
| ② | デキサート注 (3.3mg) | | 6.6mg | D.I.V | | 15分 | | | | | |
| | 生食液 (50mL) | | 50mL | | | | | | | | |
| ③ | イトホシト注 (VP-16) | | mg | D.I.V | | 2時間 | | | | | |
| | 5%ブドウ糖液 (500mL) | | 500mL | | | | | | | | |
| Day 4 & 5 デキサロン錠 (4mg) 2錠/2x(朝・昼食後) | | | | | | | | | | | |
| 注意事項など | | | | | | | | | | | |
| 薬剤師へ;イミフィンジの混注時は必ず フィルター付きプライミングセット を使用して下さい。 | | | | | | | | | | | |
| | | 1-① | 1-② | 1-③ | 2-① | 2-② | 2-③ | | | 確認者 | 監査者 |
| | | Day | 1 | 2 | 3 | ... | 22 | 23 | 24 | ... | |
| | | イミフィンジ | ↓ | | | | ↓ | | | | |
| | | VP-16 | ↓ | ↓ | ↓ | | ↓ | ↓ | ↓ | | |
| | | CDDP | ↓ | | | | ↓ | | | | |