

ID:	=患者情報!B1			( <span style="color: red;">ジカディア単独</span> ) <span style="color: red;">療法</span> [セリチニブ]				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				
	※ <span style="color: red;">クリゾチニブ</span> に抵抗性または不耐容であること			診療科	呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )						
クール	備考	連日投与 (効果が認められなくなるまで)		医師名							
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			告知の有無		P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済			
	<input checked="" type="checkbox"/> ALK融合遺伝子陽性 <input checked="" type="checkbox"/> <span style="color: red;">クリゾチニブ</span> 使用あり(抵抗性or不耐容)			身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00
<b>重要</b>	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、 <b>全例スクリーニング対象</b> 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。 <small>※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。</small>							<input type="checkbox"/> HBs抗原			
								<input type="checkbox"/> HBs抗体			
							<input type="checkbox"/> HBe抗体				
薬品名	単位			外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外		<b>製薬会社への登録</b> (申請医師にて対応) ※事後登録は不可 ※インターネットでの症例登録		<input type="checkbox"/> 済		
ジカディア 450 [セリチニブ](通常)	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body										
<b>レジメン内容</b>											
順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール							
<span style="color: blue;">↓</span> 該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。											
通常	<input type="checkbox"/>	ジカディアCap [セリチニブ]	450 mg/1x	食後	1回	450	mg				
減量①	<input type="checkbox"/>	ジカディアCap [セリチニブ]	300 mg/1x	食後	1回	300	mg				
減量②	<input type="checkbox"/>	ジカディアCap [セリチニブ]	150 mg/1x	食後	1回	150	mg				
<b>【重要: 薬剤師へ】</b> <b>院外薬局でジカディアCapを調剤する際、「治療確認カード(製薬会社提供)」が必要です。</b> 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。											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>ジカディア 治療確認カード</b> [LC]           <ul style="list-style-type: none"> <li>● 薬剤でジカディアを受け取る際にはこのカードが必要です。薬剤師の発行に同意してください。</li> <li>● ジカディアの調剤時に、以下のような症状が、いつもしも発症が認められた時は、ただちに下記の緊急連絡先にお知らせください。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> <small>               発症に注意していただくべき副作用の主な症状は                ・発熱、からげ、息苦しい、腹痛                ・めまい、ふらつき、目のぼやけ、吐き気、嘔吐、食慾不振、                皮膚のかゆみ、皮膚が赤くなる、尿が臭い             </small> </div> <small>上記では、発熱、めまい、吐き気、嘔吐、皮膚のかゆみ、皮膚が赤くなる、尿が臭い。</small> </div>											
Day 1 ..... セリチニブ ↓ ..... (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											