

| | | | | | | | | | |
|-------|--|---------------------|----------|------------------------------------|---|-----|-------|----------------------------|-----|
| ID: | =患者情報!B1 | | | (タグリツ 単独 [オンメルチニブ]) 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 | EGFRチロシナーゼ阻害薬に抵抗性のEGFR T790M変異陽性の非小細胞肺癌 | | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 | |
| | EGFRエクソン19欠失又はL858R変異陽性の非小細胞肺癌(1stのみ) | | | | 診療科 | | | | |
| | EGFR変異陽性の非小細胞肺癌術後補助化学療法 | | | | 医師名 | | | | |
| クール | 備考 | 連日投与(効果が認められなくなるまで) | | | 告知の有無 | P S | 同意書取得 | <input type="checkbox"/> 済 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 | | | | 身長 | cm | 体重 | kg | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ①EGFRチロシナーゼ阻害薬に抵抗性あり ①and② <input checked="" type="checkbox"/> ②EGFR T790M変異陽性であること | | | | | | 体表面積 | 0.00 m ² | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ③EGFRエクソン19欠失であること ③ or ④ <input checked="" type="checkbox"/> ④EGFR L858R変異陽性であること | | | | 術後補助の場合白金系抗悪性腫瘍剤を含む術後補助化学療法が適応となる場合には、当該治療を終了した患者を対象とすること | | | | |
| | | | | | | | | | |

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。

HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 薬品名 | 単位 | 外来化療加算 |
| タグリツ 80 [オンメルチニブ](通常) | <input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 対象外 |

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 |
|----|--|----------|------|----------|
| 通常 | <input type="checkbox"/> タグリツ錠 [オンメルチニブ] | 80 mg/1x | P.O | 1回 80 mg |
| 減量 | <input type="checkbox"/> タグリツ錠 [オンメルチニブ] | 40 mg/1x | P.O | 1回 40 mg |

【重要:薬剤師へ】
 院外薬局でタグリツ錠を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供)」が必要です。 →

注意;患者へは①絶対に紛失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。

タグリツ錠服用される患者さんへ

タグリツ錠服用時の注意事項

①飲み物は白湯がおすすめです。お茶、ジュース、アルコールは避けてください。

②お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

③お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

④お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑤お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑥お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑦お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑧お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑨お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

⑩お薬の飲み忘れ、飲みすぎ、飲みすぎた場合は、医師に連絡してください。

タグリツ錠に関するお問い合わせ
 0120-742-740

| | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Day 1 | 確認者 | 監査者 |
| オンメルチニブ ↓ (効果が認められなくなるまで連日投与) | | |

注意事項など