

ID:	=患者情報!B1			【術後】 <b>（ ペムブロリスマブ単独 ） 療法</b>				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	乳癌			開始日		年	月	日	
クール	3週毎(計9回) or 6週毎(計5回) ※投与間隔によって用量が異なるため注意※			診療科					
備考	術前①: CBDCA+PTX+ペムブロリスマブ療法 4コース 術前②: EC+ペムブロリスマブ療法 4コース →手術 術後: ペムブロリスマブ単独療法			医師名					

<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、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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発	身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>

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
ペムブロリスマブ《3週毎》200 《6週毎》400	<input type="checkbox"/> mg/kg <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
3週毎(計9回)に投与する場合↓				
<input type="checkbox"/> ①	ペムブロリスマブ注 [キイトルーダ]	200 mg	D.I.V	30分
	生食液(50mL)	50 mL		
6週毎(計5回)に投与する場合↓				
<input type="checkbox"/> ①	ペムブロリスマブ注 [キイトルーダ]	400 mg	D.I.V	30分
	生食液(50mL)	50 mL		

※希釈後の最終濃度は、1~10mg/mLとすること（参考: 200mg/50mL=4mg/mL）

**↑** 該当する内容に✓を入れてください

**【薬剤師の皆さんへ】プライミング時にはインラインフィルターを必ず使用して下さい。**

《3週毎》	1Kur目	2Kur目	《6週毎》	1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
	Day 1 8 15 22 29 36 ...			Day 1 8 ..... 43 50 .....			
	ペムブロリスマブ ↓	↓		ペムブロリスマブ ↓	↓		

注意事項など