

ID:	=患者情報!B1			【術後補助】 オフジーホ単独 [ニホルマブ]	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	食道癌			開始日	年	月	日	
クール	週	投与	週	休薬	診療科			
備考	1~8クール目:240mg 2週間毎 9クール目以降:480mg 4週間毎 (投与期間は最長12ヶ月まで)			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。
 HBs抗原
 HBs抗体
 HBe抗体
 ※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。

適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 進行	<input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0.00	m ²
<input checked="" type="checkbox"/> フッ化ピリミジン系薬剤の治療に不応又は不耐 <input checked="" type="checkbox"/> プラチナ系薬剤を含む治療に不応又は不耐													

薬品名	単位	外来化療加算	<input type="checkbox"/> A
※固定用量 ニホルマブ 240(1~8クール目) 480(9クール目以降)	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input 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
①	ニホルマブ注 [オフジーホ]	240	mg	D.I.V 30分
	生食液(100mL)	100	mL	

※※注意※※ 9クール目以降は 480mg 4週毎へ↓↓

①'	ニホルマブ注 [オフジーホ]	480	mg	D.I.V 30分
	生食液(100mL)	100	mL	

★体重30kg未満患者の溶解液注意★
 ※①オフジーホ投与量(24mL)+生食液(100mL)=124mLに設定
 ※①'オフジーホ投与量(48mL)+生食液(100mL)=148mLに設定
 ※総液量は体重30kg以上の患者は150mL以下、30kg未満の患者は100mL以下とする。

インラインフィルターを必ず使用して下さい。

1Kur目	2Kur目	8Kur目	9Kur目	10Kur目	希釈濃度に関して; 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。 インラインフィルター使用に関して; ニホルマブが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し微粒子を生成する可能性がある。	確認者	監査者			
Day 1	8	15	22 99			 113 141
ニホルマブ① ↓		↓						※9クール目以降は480mg4週毎へ ↓		
ニホルマブ①'								↓		

注意事項など