

ID:	=患者情報!B1			(アベルマブ +アキシチニブ) 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
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日	年	月	日		
疾患名	腎細胞癌			週 投与	週 休薬	診療科			
クール	備考	アベルマブ:2週毎 アキシチニブ:連日			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。

HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体

アベルマブ注は当院未採用薬のため「緊急医薬品使用届」の提出が必要です。

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

薬品名	単位	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
アベルマブ 10	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	アキシチニブ	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/day		

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	レスタシコワ錠 (10mg)	5錠	P.O	アベルマブ投与30分前までに内服
	カロナル錠 (500mg)	1錠		
②	アベルマブ注 [バベンチオ]	<input type="text"/> mg	D.I.V	60分
	生食液 (250mL)	250 mL		

【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。

インライタ錠 [アキシチニブ]	10	mg/2x	朝・夕食後	1回	5	mg
----------------------------------	----	-------	-------	----	---	----

【増量方法】	初回	1段階増量	2段階増量
2週間連続投与・忍容性ある場合に右の順に増量	1回5mg	→ 1回7mg	→ 1回10mg

【減量方法】	初回	1段階減量	2段階減量
副作用出現時には右の順に減量	1回5mg	→ 1回3mg	→ 1回2mg

	1Kur目	2Kur目	3Kur目		確認者	監査者
Day	1	8	15	22	29	36 ...
アベルマブ	↓	↓	↓			
アキシチニブ	↓	↓	↓	↓	↓	↓

注意事項など