

ID:	=患者情報!B1			(テプミトコ) [テポチニブ] 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	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌				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				

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。						<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc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 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"/> MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性 であること			身長	cm	体重	kg	体表面积

※※※以下に該当する場合、慎重に投与の可否を検討し判断。
 ①間質性肺炎：間質性肺炎が発現または増悪するおそれがあるため
 ②重度の肝機能障害(Child Pugh C)：有効性及び安全性が確認されていないため

薬品名	単位	薬品名	単位	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
テプミトコ 500 [テポチニブ] (通常)	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input 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
----	------	-----	------	----------

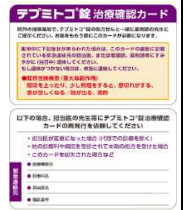
➡ 該当する内容に を入れて下さい。

通常	<input type="checkbox"/>	テプミトコ錠250mg [テポチニブ]	500	mg/1x	P.O	1回	2	錠
----	--------------------------	------------------------	-----	-------	-----	----	---	---

減量	<input type="checkbox"/>	テプミトコ錠250mg [テポチニブ]	250	mg/1x	P.O	1回	1	錠
----	--------------------------	------------------------	-----	-------	-----	----	---	---

【副作用発現時の用量調整基準】
 ①間質性肺疾患
 ・Grade1以上 → 投与中止
 ②間質性肺疾患以外
 ・Grade3
 1段階減量して投与する、または休薬しGrade2以下に回復した後再開する。
 (ただし休薬が21日を超える場合は中止すること)
 ・Grade4
 休薬しGrade2以下に回復した後再開する。
 (ただし休薬が21日を超える場合は中止すること)

【重要:薬剤師へ】
 院外薬局でテプミトコ錠を調剤する際、
 「治療確認カード(製薬会社提供)」が必要です。
 ※注意；患者さんへ以下説明してください※
 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



注意事項など		確認者	監査者