

ID:	=患者情報!B1			★ ( <b>パゾパニブ単独</b> <b>【ヴォトリエント】</b> ) ★ 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	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌				開始日	年	月	日	
クール	連日投与 (効果が認められなくなるまで)				診療科				
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発				医師名				

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	告知の有無	
薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input type="checkbox"/> A	同意書 取得	P S		<input type="checkbox"/> 済	
	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body		<input checked="" type="checkbox"/> 対象外					

<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、 <b>全例スクリーニング対象</b> 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。 <small>※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。</small>	<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体
-----------	---	--

## レジメン内容

	医薬品名	投与量	投与スケジュール・投与方法
通常 投与量 <input type="checkbox"/>	ヴォトリエント錠 [パゾパニブ]	1回 800mg (200mg規格 × 4錠) 1日1回	<b>連日服用 空腹時</b> 食事の1時間前から 食後2時間までの間の服用は避ける事
1段階 減量 <input type="checkbox"/>	ヴォトリエント錠 [パゾパニブ]	1回 600mg (200mg規格 × 3錠) 1日1回	<b>連日服用 空腹時</b> 食事の1時間前から 食後2時間までの間の服用は避ける事
2段階 減量 <input type="checkbox"/>	ヴォトリエント錠 [パゾパニブ]	1回 400mg (200mg規格 × 2錠) 1日1回	<b>連日服用 空腹時</b> 食事の1時間前から 食後2時間までの間の服用は避ける事
3段階 減量 <input type="checkbox"/>	ヴォトリエント錠 [パゾパニブ]	1回 200mg (200mg規格 × 1錠) 1日1回	<b>連日服用 空腹時</b> 食事の1時間前から 食後2時間までの間の服用は避ける事

▶ 該当する内容に  を入れて下さい。

**注意！**  
 中等度の肝機能障害 (総ビリルビン > 1.5 × ULN) を有する患者に対する  
**最大耐用量は1回200mg**です。

注意事項など	確認者	監査者