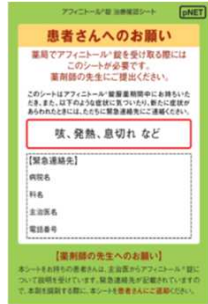


ID:	=患者情報!B1			(エベロリムス単独) 療法				施行日		クール	
患者氏名	=患者情報!B2		殿								
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	入院/外来		入力日	年	月	日		
疾患名	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌				開始日	年	月	日			
クール	週	投与	週	休薬	診療科						
	備考	連日投与			医師名						
適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" 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"/> スニチニブ又はソラフェニブによる治療歴あり				身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²
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。								<input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体		
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					
エベロリムス 10	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<input type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body								
レジメン内容 <input checked="" type="checkbox"/>											
順番	医薬品名		投与量		投与部位		投与スケジュール				
①	アフィニートール錠(5mg) [エベロリムス]		10	mg/1x	経口	空腹時	1回	10	mg		
【注意事項】 1. 食後又は空腹時のいずれか一定の条件で投与すること(食後に投与した場合、CmaxおよびAUCが低下するため) 2. 肝機能障害のある患者では減量を考慮すること											
【重要:薬剤師へ】 院外薬局で本剤を調剤する際、「治療確認シート(製薬会社提供B7サイズ)」が必要です。											
注意:患者へは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 と指導して下さい。											
											
1Kur目 Day 1 エベロリムス ↓ (効果が認められなくなるまで連日投与)							確認者	監査者			
注意事項など											