

ID:	=患者情報!B1			( <b>ペムプロリスマブ +レンパチニブ</b> ) 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						
疾患名	腎細胞癌			開始日	年	月	日		
クール	週 投与	週 休業	診療科						
	備考	ペムプロリスマブ:3週毎 レンパチニブ:連日		医師名					
<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、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"/> HBe抗体			
<b>適応基準</b>	<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			身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>
薬品名	単位	薬品名	単位	オープンアドラッグ指定のため、症例が無い限り卸問屋に在庫を確保させることができません。したがって、使用に際しては、連絡を頂いてから1~2週間かかります。			外来	<input checked="" type="checkbox"/> A	
ペムプロリスマブ 200	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	レンパチニブ	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/day				化療	<input type="checkbox"/> B	加算
<b>レジメン内容</b>									
順番	医薬品名	投与量	投与部位	投与スケジュール					
①	ペムプロリスマブ注 [キトルダ] 生食液(50mL)	<b>200</b> mg 50 mL	D.I.V	30分					
※希釈後の最終濃度は、1~10mg/mLとすること (参考:200mg/50mL=4mg/mL)									
<b>【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。</b>									
↓ 該当する用量に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。									
<input type="checkbox"/>	通常量	レンビマCap [レンパチニブ]	1日 1回	1回 20 mg	1回量 10mg × 2Cap				
<input type="checkbox"/>	1段階減量	レンビマCap [レンパチニブ]	1日 1回	1回 14 mg	1回量 10mg × 1Cap+4mg × 1Cap				
<input type="checkbox"/>	2段階減量	レンビマCap [レンパチニブ]	1日 1回	1回 10 mg	1回量 10mg × 1Cap				
<input type="checkbox"/>	3段階減量	レンビマCap [レンパチニブ]	1日 1回	1回 8 mg	1回量 4mg × 2Cap				
<input type="checkbox"/>	4段階減量	レンビマCap [レンパチニブ]	1日 1回	1回 4 mg	1回量 4mg × 1Cap				
<b>【重要:薬剤師へ】</b>									
「処方確認シート」および「服用量チェックシート」に必要事項を記入の上、患者へ交付して下さい。									
注意: 患者へは、以下の項目を指導して下さい。 ①絶対に紛失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									
									
<b>注意事項など</b>									
内服・外用処方にて手足症候群予防対策をお願いします。 (1) ビドキササル錠(10) 3~6錠/日, (2) 保湿剤(ヒルドイドなど)									
1Kur目		2Kur目					確認者	監査者	
Day	1	8	15	22	29	36	...		
ペムプロリスマブ	↓			↓					
レンパチニブ	↓	...	...	...	...	...	...		
<b>注意事項など</b>									