

ID:	=患者情報!B1			(テセントリク単独 [アテゾリスマブ]) 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				開始日	年	月	日
クール	備考	3週ごと(効果が認められなくなるまで)		診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)		
		術後補助化学療法の場合 投与期間は12か月までとする		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
	※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抗体 <input type="checkbox"/> HBc抗体

適応基準	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面积

薬品名	用量	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A
アテゾリスマブ	1200mg/Body		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外

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	テセントリク点滴静注 [アテゾリスマブ]	1200 mg	D.I.V	1時間 ※初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降は30分まで短縮可能
	生食液 (250mL)	250 mL		

インラインフィルターを必ず使用して下さい。	インラインフィルター使用に関して; アテゾリスマブが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。
-----------------------	--

1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day	Day		
アテゾリスマブ	アテゾリスマブ		

注意事項など