

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|----------|----------|--|-----------|--|--|--|-------|-----|---|---|---|
| ID: | =患者情報!B1 | | | (イミフィンジ+イジユド) 療法 [デュルバルマブ+トレリムマブ] | | | | | 施行日 | クール | | | |
| 患者氏名 | =患者情報!B2 | | | | | | | | 入院/外来 | 入力日 | 年 | 月 | 日 |
| 年齢 性別 | =患者情報!B6 | =患者情報!B7 | =患者情報!B8 | 疾患名 | 切除不能な肝細胞癌 | | | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 |
| クール | ・イミフィンジ 4週毎 ・イジユド 初回1回のみ | | | | 診療科 | | | | | | | | |
| 適応基準 | <input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> Child-Pugh分類A | | | | 医師名 | | | | | | | | |

イジユドは当院**未採用**薬のため、「**緊急医薬品使用届**」の提出が別途必要です。

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 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 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|------------------|--|---|--------|------|---|-------|-------------------|-----|--|-------|----------------------------|
| 身長 | | cm | 体重 | | kg | 体表面積 | 0.00 | m ² | 告知の有無 | | P S | | 同意書取得 | <input type="checkbox"/> 済 |
| 薬品名 | | 単位 | 薬品名 | | 単位 | 外来化療加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外 | | 全例調査対象 (2023.6時点) | | | | |
| デュルバルマブ 1500 (固定量) | | <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body | トレリムマブ 300 (固定量) | | <input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" 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 |
|----|--|----------------|-------|----------|
| ① | イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマブ] | 1500 mg | D.I.V | 1時間 |
| | 生食液 (100mL) | 100 mL | | |
| | 【薬剤師へ】最終濃度は1~15mg/mLとなるように調整 体重30kg以下の場合、1回投与量20mg/kgとする | | | |
| ② | イジユド点滴静注 [トレリムマブ] | 300 mg | D.I.V | 1時間 |
| | 生食液 (100mL) | 100 mL | | |
| | 【薬剤師へ】最終濃度は0.1~10mg/mLとなるように調整 体重30kg以下の場合、1回投与量4mg/kgとする | | | |

イミフィンジ、イジユドどちらもインラインフィルターを必ず使用して下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-------|-------|--|-----|---|----|-----|---------|---|---|--|--------|---------------|--|--|--|-----|-----|
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1Kur目</td> <td>2Kur目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>1</td> <td>29</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>デュルバルマブ</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トレリムマブ</td> <td colspan="3">↓ (初回1回投与で終了)</td> </tr> </table> | | 1Kur目 | 2Kur目 | | Day | 1 | 29 | ... | デュルバルマブ | ↓ | ↓ | | トレリムマブ | ↓ (初回1回投与で終了) | | | ※※ 注意 ※※ イジユドは 初回1回のみ投与 | 確認者 | 監査者 |
| | 1Kur目 | 2Kur目 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Day | 1 | 29 | ... | | | | | | | | | | | | | | | | |
| デュルバルマブ | ↓ | ↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| トレリムマブ | ↓ (初回1回投与で終了) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意事項など