

ID:	=患者情報!B1			<span style="font-size: 2em; color: red;">( キイトルーダ単独 [ペムプロリスマブ] ) 療法</span>					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	開始日	年	月	日	診療科	腎・泌尿器外科	
疾患名	腎細胞癌			クール	6週毎					
備考	※ 最大12ヶ月まで ※			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。 ※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		
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 checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発			告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
身長			cm	体重			kg	体表面积	0.00 m <sup>2</sup>	
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						
ペムプロリスマブ 400	<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	ペムプロリスマブ注 [キイトルーダ]	400 mg	D.I.V	30分						
	生食液(50mL)	50 mL								
※希釈後の最終濃度は、1～10mg/mLとすること（参考：200mg/50mL＝4mg/mL）										
【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。										
1Kur目		2Kur目						確認者	監査者	
Day	1	.....	43					.....		
ペムプロリスマブ ↓		↓								
注意事項など										