

ID:	=患者情報!B1			( <b>イミフィンジ単独</b> [デュルバルマブ] ) <b>療法</b>	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	切除不能な肝細胞癌	開始日	年	月	日
クール	4週毎	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 checked="" type="checkbox"/> Child-Pugh分類A	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"/> HBc抗体
-----------	--	--

身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	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					

## 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				

**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			29	...
デュルバルマブ	↓			↓	

注意事項など