

ID:	=患者情報!B1			<b>( キイトルーダ単独 [ヘムブロリスマブ] ) 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	①PD-L1陽性の非小細胞肺癌 ②プラチナ+悪性腫瘍剤+キイトルーダ療法の継続療法			開始日	年	月	日
	【注意】EGFR遺伝子変異陽性又は、ALK遺伝子陽性の化学療法未治療患者には推奨されていない			診療科			

クール	備考	3週ごと	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 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

薬品名	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A	<b>製薬会社へのFAX登録</b> (申請医師にて対応) ※事後登録は不可	<input type="checkbox"/> 済
ヘムブロリスマブ	<input type="checkbox"/> mg/kg		<input type="checkbox"/> B		
200	<input checked="" type="checkbox"/> mg/body	<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	ヘムブロリスマブ注 [キイトルーダ]	200 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 Day    1        8        15        22        29        36    ...					
ヘムブロリスマブ ↓                      ↓	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">確認者</td> <td style="text-align: center;">監査者</td> </tr> </table>			確認者	監査者
確認者	監査者				

**注意事項など**