

ID:	=患者情報!B1			(CDDP+PEM+テセントリク) 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	非扁平上皮性非小細胞肺癌			薬酸 & VB ₁₂ 開始日	年	月	日		
クール	3週ごと 4~6コース →PD又は有害事象無ければPEM+テセントリクで継続(別途レジメンの作成必要)			診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)				
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input checked="" type="checkbox"/> PS:0-1 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			医師名					
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

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。

薬品名	単位	薬品名	単位	薬品名	単位	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A
CDDP 75	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	PEM 500 (ペムレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	アテゾリスマブ 1200	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/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
事前確認	Chemo施行(特に初回) その前に以下の2項目を必ず確認すること!			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠(5mg)	0.5mg/1x	P.O.(内服) 連日服用	PEM初回投与1週間前から開始
	<input type="checkbox"/> (注射) メチコハール注(500μg)	2A(1mg)	i.m.(筋注) 9週間毎	PEM初回投与1週間前から開始
①	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	アテゾリスマブ注 [テセントリク]	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		
③	生理食塩液(50mL)	50mL	D.I.V	10分
④	アロカリス点滴静注(235mg)	1V	D.I.V	30分
	デキサート注(3.3mg)	9.9mg		
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
⑤	硫酸Mg補正液 (1mEq/mL 20mL)	8mL	D.I.V	1時間
	ソルテム3A(500mL)	500mL		
⑥	ペムレキセト注(PEM) [アリムタ]	mg	D.I.V	10分
	生食液(100mL)	100 mL		
※※PEM+生食=100mLとなるよう調製※※				
⑦	ソルテム3A(500mL)	500mL	D.I.V	1時間
⑧	マンニトール注(300mL)	300mL	D.I.V	40分
⑨	シスプラチン注(CDDP)	mg	D.I.V	1時間
	生食液(500mL)	250mL		
⑩	ソルテム1(500mL)	500mL	D.I.V	1時間

Day 2 ~ 5 テカトロン錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後)

薬剤師へ;テセントリク混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

Chemo初回開始1週間以上前 からペムレキセト最終投与22日後まで

- (1) フォリアミン錠(5mg) 0.5mg / 1x 連日服用
 (2) メチコハール注(500μg) 2A(1mg)/回 筋注(i.m.) 9週間毎

注意事項など ※抗がん剤は、一般名(略名)で記載している。

	1Kur目			2Kur目			確認者	監査者
Day	1	8	15	22	29	36 ...		
テセントリク	↓			↓				
CDDP	↓			↓				
PEM	↓			↓				