

ID:	=患者情報!B1			(【維持療法】イミフィンジ) 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
疾患名	小細胞肺癌			開始日	年 月 日	

CBDCA/CDDP+VP16+イミフィンジ 4クール施行後の維持療法としてのみ適応

クール	1	週	投与	3	週	休薬	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)
	備考					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。			<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	

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	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 type="checkbox"/> 再発	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m ²

薬品名	イミフィンジ 1500	<input type="checkbox"/> mg/m ² <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	※体重が30kg以下の場合、イミフィンジ注を20mg/kgとする。	外来化療加算 <input checked="" type="checkbox"/> A <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
①	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマフ]	1500	D.I.V	1時間
	生食液 (100mL)	100		
③	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分

注意事項など

薬剤師へ; イミフィンジ混注時は必ず フィルター付きプライミングセット を使用して下さい。

1Kur目	2Kur目		
Day 1 8 15 22 29 36 ...	↓ ↓		
イミフィンジ	↓ ↓	確認者	監査者