

ID:	=患者情報!B1			(CBDCA+VP-16+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	年	月	日	
疾患名	小細胞肺癌				開始日	年	月	日	
クール	1	週	投与	2	週	休薬	診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)	
	備考	CBDCA・・・Day1 , VP-16・・・Day1, 2, 3 イミフィンジ・・・Day1 3週毎4コースまで→PD又は有害事象無ければ イミフィンジ単剤で継続(別レジメン作成必要)			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。

HBs抗原
 HBs抗体
 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								
薬品名	薬品名	単位	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²
CBDCA AUC 5-6	VP-16 80-100	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	外来 化療 加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外					
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。							

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
Day1				
①	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマブ]	1500 mg	D.I.V	1時間
	生食液 (100mL)	100 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)	3.3mg		
	アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	1袋		
⑤	イトホシト注 (VP-16)	mg	D.I.V	2時間
	5%ブドウ糖液 (500mL)	500mL		
⑥	カルホプラチン注 (CBDCA)	mg	D.I.V	60分
	生食液 (250mL)	250mL		
⑦	生食液 (100mL)	100mL	D.I.V	30分
Day2~3				
①	イトホシト注 (VP-16)	mg	D.I.V	2時間
	5%ブドウ糖液 (500mL)	500mL		

注意事項など
薬剤師へ;イミフィンジの混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

	1-①	1-②	1-③	...	2-①	2-②	2-③		確認者	監査者
Day	1	2	3	...	22	23	24	...		
イミフィンジ	↓				↓					
VP-16	↓	↓	↓		↓	↓	↓			
CBDCA	↓				↓					