

ID:	=患者情報!B1			<span style="font-size: 2em;">(</span> <span style="font-size: 1.5em; color: red;">キイトルーダ単独 [ペムブロリスマブ]</span> <span style="font-size: 2em;">)</span> <span style="font-size: 1.5em; color: red;">療法</span>	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	治癒切除不能な進行・再発の MSI-Highを有する結腸・直腸癌			開始日	年 月 日
クール	備考	3週ごと		診療科	
				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。

 HBs抗原  
 HBs抗体  
 HBc抗体

※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。

<span style="font-size: 1.2em;">適応 基準</span>	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外				
ペムブロリスマブ 200	<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	ペムブロリスマブ注 [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		確認者	監査者
Day 1   8   15   22   29   36 ...				
ペムブロリスマブ ↓	↓			

注意事項など