

ID:	=患者情報!B1			<b>【維持療法】 BV+テセントリク</b>	<b>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	非扁平上皮性非小細胞肺癌			開始日	年	月	日	

**CBDCA+PTX+BV+テセントリク  
4~6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	2	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。  
 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。

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 checked="" type="checkbox"/> 再発						

身長		cm	体重		kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>
----	--	----	----	--	----	------	------	----------------

薬品名	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	<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
アテゾリスマブ* 1200	mg/m <sup>2</sup> mg/body	ヘパシスマブ* (BV) 15	mg/kg 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	テセントリク点滴静注 [アテゾリスマブ]	1200	mg	D.I.V  <b>30分</b> 前治療で忍容性が良好の場合 ※不明な場合は90分から開始し、 忍容性が良好であれば30分へ
	生食液 (250mL)	250	mL	
②	ヘパシスマブ注 (BV) [ヘパシスマブ(後続品)]		mg	D.I.V  <b>30分</b> 前治療で忍容性が良好の場合 ※不明な場合は90分から開始し、 忍容性が良好であれば30分へ
	生食液 (100mL)	100mL		

**注意事項など**

薬剤師へ;テセントリク・パクリタキセル混注時は必ず**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 ...
テセントリク	↓		↓
BV	↓		↓
		確認者	監査者