

ID:	=患者情報!B1			(【4週毎】オプジーホ[®]単独 [ニボルマブ]) 療法					施行日	クール
患者氏名	=患者情報!B2		殿						入院/外来	入力日
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	非小細胞肺癌				開始日	年	月	日		
クール	週 投与 週 休薬				診療科	呼吸器 (<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)				
備考	4週ごと (効果が認められなくなるまで)				医師名	石垣 昌伸				

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 type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> 非扁平上皮癌、扁平上皮癌 共に使用可能		告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
身長	0	cm	体重	0	kg	体表面积	0.00	m ²
薬品名	ニボルマブ 480	単位	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外		製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応)		<input type="checkbox"/> 済
※固定用量		<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	ニボルマブ注 [オプジーホ [®]]	480 mg	D.I.V	30分
	生食液 (100mL)	100 mL		

★体重30kg未満患者の溶解液注意★
 ※オプジーホ[®]投与量(48mL) + 生食液(100mL) = 148mLに設定
 ※総液量は体重30kg以上の患者は150mL以下、30kg未満の患者は100mL以下とする。

インラインフィルターを必ず使用して下さい。

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>1Kur目</th> <th>2Kur目</th> </tr> <tr> <td>Day 1 8 15 22 29 36 ...</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ニボルマブ ↓</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1Kur目	2Kur目	Day 1 8 15 22 29 36 ...		ニボルマブ ↓	↓	<p>希釈濃度に関して; 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。</p> <p>インラインフィルター使用に関して; ニボルマブが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。</p>	確認者	監査者
1Kur目	2Kur目								
Day 1 8 15 22 29 36 ...									
ニボルマブ ↓	↓								

注意事項など