

ID:	=患者情報!B1		(ラムシルマブ + DTX) 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						
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 type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 )			
	備考	3週毎		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 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	告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済	
	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00 m <sup>2</sup>

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
ラムシルマブ 10 [サイラムザ注]	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <input type="checkbox"/> mg/body	DTX 60 [ドセタキセル注]	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	<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	レスタシノーワ錠 (10mg)	5錠		ラムシルマブ投与30分前までに内服
②	デキサート注 (3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	生食液 (50mL)	50mL		
③	ラムシルマブ注 [サイラムザ]	mg	D.I.V	60分
	生食液 (250mL)	250mL		
④	生食液 (100mL)	100mL	D.I.V	経過観察 (1時間)
⑤	ドセタキセル注 (DTX)	mg	D.I.V	60分
	5%ブドウ糖液 (250mL)	250mL		

**注意事項など**  
 看護師の方々へ;ラムシルマブ(サイラムザ点滴静注)およびパクリタキセル投与の際は必ずPVC点滴フリースト、フィルターを使用して下さい。

**ボトル④はラムシルマブ投与2回目まで必須とする。**  
 (infusion reaction確認のため:3回目以降は不要)

**【備考欄】**

	1Kur	2Kur	3Kur	4Kur	確認者	監査者
Day	1 8 15 22 29 36 43 50 57 64 .....					
ラムシルマブ	↓	↓	↓	↓		
DTX	↓	↓	↓	↓		