

ID:	=患者情報!B1			(ニボルマブ+イピリムマブ) 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	根治切除不能な進行・再発の食道癌			開始日	年	月	日		
クール	通 投与 通 休薬			診療科					
	備考	・オプジーホ:3週毎 ・ヤーホイ:6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 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	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0.00

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
ニボルマブ 360	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	イピリムマブ 1	<input checked="" type="checkbox"/> mg/kg <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	ニボルマブ注 [オプジーホ]	360 mg	D.I.V	30分
	生食液 (100mL)	100 mL		
②	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
③	イピリムマブ注 [ヤーホイ]	mg	D.I.V	30分
	生食液 (50mL)	20 mL		

ニボルマブ注は★体重30kg未満患者の溶解液注意★
 ※オプジーホ投与量(24mL) + 生食液(100mL) = 124mL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。

イピリムマブ注は★体重25kg未満患者の溶解液注意★
 ※ヤーホイは生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液を用いて1~4mg/mLの濃度に希釈し、投与すること
 ※総液量は体重25kg以下の患者は生食液を調整する。

★薬剤師へ★
 ニボルマブ注・イピリムマブ注はいずれもインラインフィルターを必ず使用して下さい。

	1-①	1-②	2-①	2-②	3-①	確認者	監査者							
Day	1	8	15	22	29			36	43	50	57	64	71	78
ニボルマブ	↓		↓			↓				↓				
イピリムマブ	↓			↓									↓	

注意事項など