

ID:	=患者情報!B1			( <b>CBDCA + PEM</b> ) 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	非扁平上皮性非小細胞肺癌				開始日	年	月	日	
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	4~6cycle			医師名				

<b>重要</b>	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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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。							<input type="checkbox"/> HBs抗体
								<input type="checkbox"/> HBc抗体

適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" type="checkbox"/> 2nd Line <input checked="" 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	0.00

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
CBDCA AUC 6		PEM 500 (ヘマトレキセト)	<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
<b>事前確認</b>	<b>Chemo施行(特に初回) その前に以下の2項目を必ず確認すること!</b>			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠 (5mg)	0.5mg/1x	<b>P.O.(内服) 連日服用</b>	PEM初回投与1週間前から開始
	<input type="checkbox"/> (注射) メコバル注 (500μg)	2A (1mg)	<b>i.m.(筋注) 9週間毎</b>	PEM初回投与1週間前から開始
①	デキサート注 (3.3mg) アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋)	9.9mg 1袋	D.I.V (メイン)	15分
②	ヘマトレキセト注 (PEM) [アリムタ]	<input type="text"/> mg	D.I.V	10分
	生食液 (100mL)	100 mL		
※※PEM+生食=100mLとなるよう調製※※				
③	カルボプラチン注 (CBDCA)	<input type="text"/> mg	D.I.V	60分
	生食液 (250mL)	250mL		

**Chemo初回開始1週間以上前から最終投与22日後まで**  
 (1) フォリアミン錠 (5mg) 0.5mg / 1x 連日服用 , (2) メコバル注 (500μg) 2A (1mg) / 回 筋注 (i.m.) 9週間毎

**注意事項など**

	1Kur目		2Kur目				確認者	監査者
	Day	1	8	15	22	29		
CBDCA		↓			↓			
PEM		↓			↓			