

ID:	=患者情報!B1			【維持療法】 PEM+キイトルーダ	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	非扁平上皮性非小細胞肺癌			葉酸&VB ₁₂ 開始日	年	月	日	

CDDP (or CBDCA)+PEM+キイトルーダ 4クール施行後の維持療法としてのみ適応

クール	3週ごと ※最大24カ月投与※			診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)					
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 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			医師名						
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済

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。

※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。

HBs抗原
 HBs抗体
 HBc抗体

薬品名	単位	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	製薬会社へのFAX登録 (申請医師にて対応) ※事後登録は不可	<input type="checkbox"/> 済
PEM 500 (ヘムレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body	ヘムプロリスマブ 200	<input type="checkbox"/> mg/m ² <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
事前確認	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!			
	<input type="checkbox"/> (内服) フォリアミン錠 (5mg)	0.5mg/1x	P.O.(内服) 連日服用	PEM初回投与1週間前から開始
	<input type="checkbox"/> (注射) メチコバル注 (500 μg)	2A (1mg)	i.m.(筋注) 9週間毎	PEM初回投与1週間前から開始

①	デキサート注(3.3mg)	6.6mg	D.I.V	15分
	生食液 (50mL)	50mL		
②	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
③	ヘムプロリスマブ注 [キイトルーダ]	200 mg	D.I.V	30分
	生食液 (50mL)	50 mL		
④	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
⑤	ヘムレキセト注(PEM) [アリムダ]	mg	D.I.V	10分
	生食液 (100mL)	100 mL		
※※PEM+生食=100mLとなるよう調製※※				

薬剤師へ;キイトルーダ混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

Chemo初回開始1週間以上前からヘムレキセト最終投与22日後まで
 (1) フォリアミン錠 (5mg) 0.5mg / 1x 連日服用
 (2) メチコバル注 (500 μg) 2A (1mg) / 回 筋注 (i.m.) 9週間毎

注意事項など ※抗がん剤は、一般名(略名)で記載している。

	1Kur目			2Kur目		
Day	1	8	15	22	29	36 ...
キイトルーダ	↓			↓		
PEM	↓			↓		

確認者

監査者