

ID:	=患者情報!B1			(【維持療法】テセントリク) 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	小細胞肺癌			開始日	年 月 日	

CBDCA+VP-16+テセントリク 4クール施行後の維持療法としてのみ適応

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					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 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発	<input checked="" type="checkbox"/> PS:0-1 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 ²
薬品名	アテゾリスマブ 1200	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

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	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分
②	テセントリク点滴静注 [アテゾリスマブ]	1200 mg	D.I.V	前治療で忍容性が良好の場合 ※不明な場合は60分から開始し、 忍容性が良好であれば30分へ
	生食液 (250mL)	250 mL		
③	生理食塩液 (50mL)	50mL	D.I.V	10分

注意事項など

薬剤師へ;テセントリク・パクリタキセル混注時は必ず**フィルター付きプライミングセット**を使用して下さい。

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">1Kur目</th> <th colspan="2">2Kur目</th> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>1 8 15 22 29 36 ...</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>テセントリク</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> </tr> </table>	1Kur目		2Kur目		Day	1 8 15 22 29 36 ...			テセントリク	↓	↓		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">確認者</td> <td style="text-align: center;">監査者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>			確認者	監査者		
1Kur目		2Kur目																	
Day	1 8 15 22 29 36 ...																		
テセントリク	↓	↓																	
確認者	監査者																		