

ID:	=患者情報!B1			(イミフィンジ単独[維持] [デュルバルマブ]) 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	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌 (根治的化学放射線療法後の維持療法)			開始日	年	月	日
				診療科	呼吸器 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)		

クール	備考	4週ごと(投与期間は12カ月間まで)		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。 ※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抗原
					<input type="checkbox"/> HBs抗体
				<input type="checkbox"/> HBc抗体	

適応基準	<input 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				

2サイクル以上の白金製剤を用いた根治的同時化学放射線療法施行後に疾患進行が認められない場合		身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²
---	--	----	----	----	----	------	------	----------------

薬品名	単位	※体重が30kg以下の場合、イミフィンジ注を20mg/kgとする。	外来化療加算	<input checked="" type="checkbox"/> A
デュルバルマブ 1500	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body		<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	イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマブ]	1500 mg	D.I.V	1時間
	生食液(100mL)	100 mL		

注意事項など

薬剤師へ;イミフィンジ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。

1Kur目	2Kur目	【レジメン監査時チェック事項】 <input type="checkbox"/> 白金製剤を用いた根治的同時化学放射線療法を最低2クール施行した後か？ 疾患進行は認められないか？ <input type="checkbox"/>	確認者	監査者
Day	Day			
デュルバルマブ ↓	↓			

注意事項など