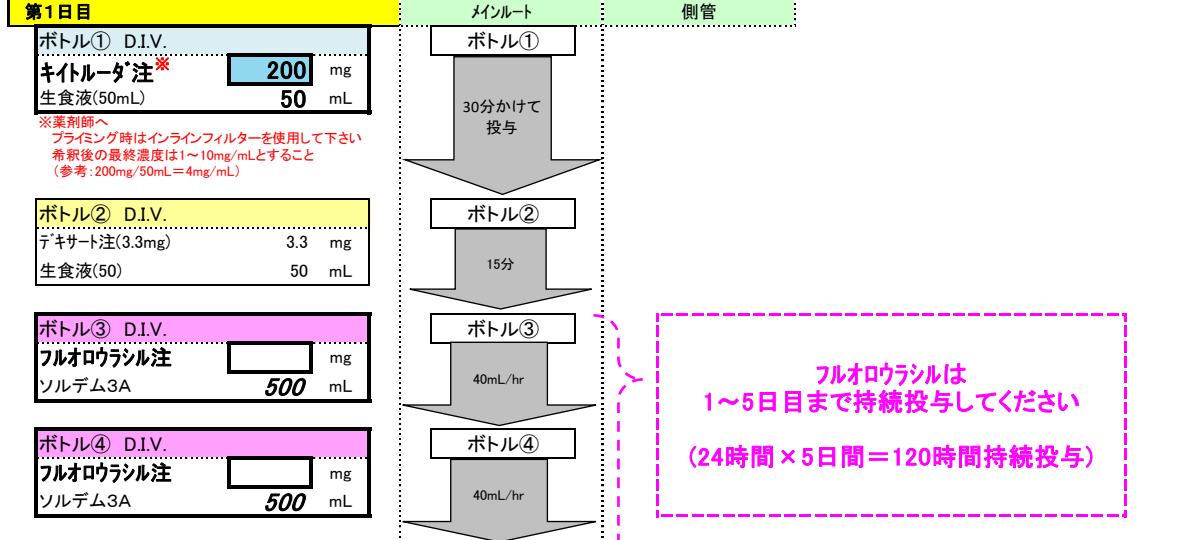


|                  |  |             |  |                          |    |                |   |                |                                |                            |  |
|------------------|--|-------------|--|--------------------------|----|----------------|---|----------------|--------------------------------|----------------------------|--|
| ID:              | =患者情報!B1   |             |  | 〔維持療法〕<br>キイトルーダ+5-FU 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   | 開始日                      |    | 年              |   | 月              | 日                              |                            |  |
| 疾患名              |  |             |  |                          |    | 診療科            |   |                |                                |                            |  |
| クール              | 3週毎(キイトルーダ:Day1, フルオウラシル:Day1~5)   |             |  |                          |    | 医師名            |   |                |                                |                            |  |
| 備考               | キイトルーダ+CDDP+5-FU療法施行時から数えて、キイトルーダ+5-FU:最大35コースまでです。  |             |  |                          |    |                |   |                |                                |                            |  |
| 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"/> キイトルーダ+CDDP+5-FU療法(最大6コース)施行後<br><input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発 <input checked="" type="checkbox"/> HER2陰性 |             |  |                          |    |                |   |                |                                |                            |  |
| 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。  |             |  |                          |    |                |   |                | <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 |                            |  |
|                  |  |             |  |                          |    |                |   |                |                                |                            |  |
| 身長               |  | cm          | 体重   |                          | kg | 体表面積           | 0.00  | m <sup>2</sup> | 告知の有無                          |                            |  |
| 薬品名              | 単位   | 薬品名         | 単位   |                          |    | 外来<br>化療<br>加算 | <input checked="" type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> B<br><input type="checkbox"/> 対象外 | P S            | 同意書<br>取得                      | <input type="checkbox"/> 済 |  |
| キイトルーダ 200 (固定量) | <input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup><br><input checked="" type="checkbox"/> mg/body  | フルオウラシル 800 | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> /日<br><input type="checkbox"/> mg/body |                          |    |                |   |                |                                |                            |  |

|   |  |                    |  |  |  |
|---|--|--------------------|--|--|--|
| 第1日目  |  | メインルート             |  | 側管   |  |
| ボトル① D.I.V.<br>キイトルーダ注* 200 mg<br>生食液(50mL) 50 mL<br><small>※薬剤師へ<br/>プライミング時はインラインフィルターを使用して下さい<br/>希釈後の最終濃度は1~10mg/mLとすること<br/>(参考:200mg/50mL=4mg/mL)</small> |  | ボトル①<br>↓ 30分かけて投与 |  |  |  |
| ボトル② D.I.V.<br>デキサト注(3.3mg) 3.3 mg<br>生食液(50) 50 mL   |  | ボトル②<br>↓ 15分      |  |  |  |
| ボトル③ D.I.V.<br>フルオウラシル注 [ ] mg<br>ソルデム3A 500 mL   |  | ボトル③<br>↓ 40mL/hr  |  | フルオウラシルは<br>1~5日目まで持続投与して下さい<br>(24時間×5日間=120時間持続投与) |  |
| ボトル④ D.I.V.<br>フルオウラシル注 [ ] mg<br>ソルデム3A 500 mL   |  | ボトル④<br>↓ 40mL/hr  |  |  |  |



|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 第2~5日目   |  | ※午前中に投与すること   |  |
| メイン D.I.V. (40mL/hr)<br>フルオウラシル注 [ ] mg<br>ソルデム3A 500 mL |  | 側管 D.I.V. (30分)<br>デキサト注(3.3mg) 3.3 mg<br>生食液(50) 50 mL |  |
| メイン D.I.V. (40mL/hr)<br>フルオウラシル注 [ ] mg<br>ソルデム3A 500 mL |  | ↓ 40mL/hr   |  |

|         |                 |                    |  |        |  |     |  |     |  |
|---------|-----------------|--------------------|--|--------|--|-----|--|-----|--|
| 1Kur目   |                 | 2Kur目              |  | 注意事項など |  | 確認者 |  | 監査者 |  |
| Day     | 1 2 3 4 5 ..... | 22 23 24 25 26 ... |  |        |  |     |  |     |  |
| キイトルーダ  | ↓               | ↓                  |  |        |  |     |  |     |  |
| フルオウラシル | ↓ ↓ ↓ ↓ ↓       | ↓ ↓ ↓ ↓ ↓          |  |        |  |     |  |     |  |