

# 癌化学療法 実施計画書

( 【6週間毎】キイトルーダ単独  
[ヘムブロリスマブ] ) 療法

施行日	クール

入院/外来		入力日	年	月	日	
疾患名	治癒切除不能な進行・再発の MSI-Highを有する結腸・直腸癌		開始日	年	月	日
クール	備考	6週ごと	診療科			
			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。

- HBs抗原
- HBs抗体
- HBc抗体

適応 基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input 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 m <sup>2</sup>
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					
ヘムブロリスマブ 400	<input type="checkbox"/> mg/kg <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
①	ヘムブロリスマブ注 [キイトルーダ]	400 mg	D.I.V	30分
	生食液(50mL)	50 mL		

※希釈後の最終濃度は、1~10mg/mLとすること (参考: 200mg/50mL=4mg/mL)

**【薬剤師の皆さんへ】プライミング時にはインラインフィルターを必ず使用して下さい。**

1Kur目	2Kur目	確認者	監査者
Day 1 8 15 43 50 57 ...			
ヘムブロリスマブ ↓	↓		

注意事項など