

ID:	=患者情報!B1			(【維持】 タグリッソ+PEM) 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	EGFR遺伝子変異 (exon19 delまたはL858R)陽性の非扁平上皮性非小細胞肺癌			開始日	年	月	日		
クール	タグリッソ	連日服用		診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)				
	PEM	3週間毎投与			医師名				
	CBDCA or CDDP	3週間毎投与 (※4クールまで)							

タグリッソ+PEM+(CBDCA or CDDP)療法 4クール実施後の維持療法としてのみ適応

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 checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 再発			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	単位	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		
CBDCA	mg/m ²	PEM 500 (ヘムレキセト)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body		mg/m ² 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
----	------	-----	------	----------

➡ 該当する内容に を入れて下さい。

通常	<input type="checkbox"/>	タグリッソ錠 【オシメルチニブ】	80	mg/1x	P.O	1回	80	mg
----	--------------------------	---------------------	----	-------	-----	----	----	----

減量	<input type="checkbox"/>	タグリッソ錠 【オシメルチニブ】	40	mg/1x	P.O	1回	40	mg
----	--------------------------	---------------------	----	-------	-----	----	----	----

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) メチコハール注(500μg)	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 (メイン)	15分		
②	ヘムレキセト注(PEM) [アリムダ]			mg				
	生食液(100mL)	100 mL			D.I.V	10分		
※※PEM+生食=100mLとなるよう調製※※								

Chemo初回開始1週間以上前から最終投与22日後まで
(1)フォリアミン錠(5mg) 0.5mg / 1x 連日服用, (2)メチコハール注(500μg) 2A(1mg)/回 筋注(i.m.) 9週間毎

注意事項など

	1Kur目	2Kur目	3Kur目	4Kur目	5Kur目	6Kur目	確認者	監査者
Day	1 8 15 22	43	64	85	106			
タグリッソ	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
PEM	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
CDDP or CBDCA	↓	↓	↓	↓				