

ID:	=患者情報!B1			( <u>《Ccr40~60未満》</u> ) 療法 【術前】イミフィンジ+CDDP+GEM				施行日	クール																																																	
患者氏名	=患者情報!B2		殿					入院/外来	入力日	年	月	日																																														
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8																																																							
疾患名					開始日	年	月	日																																																		
クール	イミフィンジ:3週毎 CDDP,GEM:Day1.8				診療科																																																					
備考	【術前】3週毎×4回まで →その後、手術 →術後補助(イミフィンジ単独)へ移行 別途レジメン提出が必要				医師名																																																					
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"/> CCr40~60未満 <input checked="" type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発																																																									
身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m <sup>2</sup>	告知の有無	P S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済																																																
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																																																	
	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																																																		
イミフィンジ <sup>o</sup> 1500 (固定量)	<input type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input checked="" type="checkbox"/> mg/body	GEM 1000	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body	CDDP 35 (Ccr40~60未満の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> mg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> mg/body																																																					
★注意★ Ccr60以上 は 別レジメンです																																																										
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	イミフィンジ点滴静注 [デュルバルマフ]			1500 mg	D.I.V	1時間																																																				
	生食液(100mL)			100 mL																																																						
③	生理食塩液(50mL)			50mL	D.I.V	10分																																																				
④	アロカリス点滴静注(235mg)			1V	D.I.V	30分																																																				
	デキサート注(3.3mg)			6.6mg																																																						
	パロセトン点滴静注 (0.75mg/50mL)			1袋																																																						
⑤	生食液(500mL)			500mL	D.I.V	1時間																																																				
⑥	シスプラチン注(CDDP)			mg	D.I.V	1時間																																																				
	生食液(500mL)			400mL																																																						
⑦	フロセト注(20mg)			mg	D.I.V	1時間																																																				
	生食液(500mL)			500mL																																																						
⑧	ゲムシタビン注(GEM)			mg	D.I.V	30分																																																				
	5%ブドウ糖液(100mL)			100mL																																																						
薬剤師へ;イミフィンジについて ・混注時は必ず <u>フィルター付きプライミングセット</u> を使用 ・最終濃度は1~15mg/mLとなるように調整 ・体重30kg以下の場合、1回投与量20mg/kgとする																																																										
Day1 : ①~⑧ (イミフィンジ+CDDP+GEM) Day8 : ④~⑧ (CDDP+GEM)																																																										
Day 2~4 , Day9~11 デキサート錠(4mg) 2錠/2x(朝・昼食後) 3日間																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">1Kur目</th> <th colspan="3">2Kur目</th> <th colspan="3">3Kur目</th> </tr> <tr> <th>Day</th> <th>1</th> <th>8</th> <th>15</th> <th>22</th> <th>29</th> <th>36</th> <th>43</th> <th>50</th> <th>57...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>イミフィンジ</td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CDDP</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GEM</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								1Kur目			2Kur目			3Kur目			Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57...	イミフィンジ	↓			↓			↓			CDDP	↓	↓		↓	↓		↓	↓		GEM	↓	↓		↓	↓		↓	↓		確認者	監査者
	1Kur目			2Kur目			3Kur目																																																			
Day	1	8	15	22	29	36	43	50	57...																																																	
イミフィンジ	↓			↓			↓																																																			
CDDP	↓	↓		↓	↓		↓	↓																																																		
GEM	↓	↓		↓	↓		↓	↓																																																		
【術前】 3週毎×4回まで																																																										
備考																																																										