

ID:	=患者情報!B1			【術後補助】 イミフィンジ単独 <small>[デュルバルマブ]</small>				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	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	4週毎(12回まで)				診療科	呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科)																				
適応基準	<input checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input checked="" type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発				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															
	身長	cm	体重	kg	体表面積	0.00	m ²	告知の有無	P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済														
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																		
デュルバルマブ 1500 (固定量)		<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body			mg/kg 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	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																						
【薬剤師へ】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																										
インラインフィルターを必ず使用して下さい。																										
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1Kur目</td> <td>2Kur目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Day</td> <td>1</td> <td>29</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>デュルバルマブ</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> </table>					1Kur目	2Kur目		Day	1	29	...	デュルバルマブ	↓	↓		術後補助 4週毎×12回まで				確認者	監査者					
	1Kur目	2Kur目																								
Day	1	29	...																							
デュルバルマブ	↓	↓																								
注意事項など																										