

| 癌化学療法 実施計画書 | | 〔80kg未満・維持〕 ライブリバント+PEM+CBDCA | | | | 療法 | | 施行日 | クール |
|--|---|--|---|--------------------------------------|---|----------------|--|--------------------------------------|-----|
| | | 入院/外来 | 入力日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 疾患名 | EGFR遺伝子変異陽性の非腫上皮性非小細胞肺癌 | | | | 開始日 | 年 | 月 | 日 | |
| クール | ライブリバント [アミンタマフ] | 3週毎投与 | | 診療科 | 呼吸器 (<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科) | | | | |
| | PEM | 3週毎投与 | | | 医師名 | | | | |
| | CBDCA | 3週毎投与 <small>※初回投与が4コースまで投与</small> | | | | | | | |
| 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。 <small>※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。</small> | | | | | | <input type="checkbox"/> HBs抗原 | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> HBs抗体 | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> HBc抗体 | | |
| 適応 基準 | <input type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 | | | | 告知の 有無 | | P S | | |
| | <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input type="checkbox"/> 進行 <input type="checkbox"/> 再発 | | | | | | | 同意書 取得 <input type="checkbox"/> 済 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> EGFR遺伝子変異陽性 | | 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 type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 対象外 | | |
| CBDCA AUC 5 | mg/m ² mg/body | PEM 500 (ヘトレキセト) | <input checked="" type="checkbox"/> mg/m ² <input type="checkbox"/> mg/body | | mg/m ² mg/body | | | | |
| 薬品名 | 体重 | 5コース目 | | | | | | | |
| ライブリバント [アミンタマフ] | 80kg未満 | 1750mg/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 | | | | | |
| 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) メチコバル注(500μg) | 2A(1mg) | | i.m.(筋注) 9週間毎 PEM初回投与1週間前から開始 | | | | | |
| | レスタミン錠(10mg) | 5錠 | | P.O | ①と同時投与 | | | | |
| | カロチナル錠(500mg) | 1錠 | | | | | | | |
| ① | テキサート注(3.3mg) | 9.9mg | | D.I.V | 15分 | | | | |
| | アロキシ点滴静注バッグ (0.75mg/50mL/袋) | 1袋 | | | | | | | |
| ② | ヘトレキセト注(PEM) | | mg | D.I.V | 10分 | | | | |
| | 生食液(100mL) | 100 mL | | | | | | | |
| ※※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)メチコバル注(500μg) 2A(1mg)/回 筋注(i.m.) 9週間毎 | | | | | | | | | |
| ③ | ライブリバント [アミンタマフ] | 1750 mg | | D.I.V ※CVでの投与も可 | 125ml/h | | | | |
| | 生食液(250mL) | 215 mL | | | | | | | |
| ※※ライブリバント+生食=250mLとなるよう調製※※ | | | | | | | | | |
| 薬剤師へ ライブリバント混注時は、インラインフィルターを使用してください。 | | | | | | | | | |
| 【注意】 調整後、室温で保管する場合は10時間以内に投与を終えること。 | | | | | | | | | |
| 注意事項など | | | | | | | | | |
| | | 1Kur目 | 2Kur目 | 3Kur目 | 4Kur目 | 5Kur目 | 確認者 | 監査者 | |
| Day | | 1 2 8 15 | 22 | 43 | 64 | 85 | | | |
| PEM | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | | | |
| CBDCA | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | | | |
| ライブリバント | | ↓ ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | | | |