

ID:	=患者情報!B1			(【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
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	進行・再発のTMB-Highを有する固形癌 (標準治療が困難な場合に限る)				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。							<input type="checkbox"/> HBs抗原
	※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抗体
								<input type="checkbox"/> HBc抗体

適応基準	<input type="checkbox"/> 1st Line	<input type="checkbox"/> 2nd Line	<input checked="" 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
薬品名	単位	外来化療加算		<input checked="" type="checkbox"/> A						
ヘムブロリスマブ 400	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> mg/body			<input type="checkbox"/> B						
				<input type="checkbox"/> 対象外						

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