

ID:	=患者情報!B1			<b>【術後補助】 イミフィンジ単独 [デュルバルマブ]</b>	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(8回まで)	診療科			
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。

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
----	----	----	----	------	------	----------------	-------	-----	-------	----------------------------

薬品名	単位	薬品名	単位	外来化療加算
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	<input checked="" type="checkbox"/> A <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	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" style="width: 100%;"> <tr> <th>1Kur目</th> <th>2Kur目</th> </tr> <tr> <td>Day 1</td> <td>29 ...</td> </tr> <tr> <td>デュルバルマブ ↓</td> <td>↓</td> </tr> </table>	1Kur目	2Kur目	Day 1	29 ...	デュルバルマブ ↓	↓	<b>術後補助 4週毎 × 8回まで</b>	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