

ID: =患者情報!B1		（ 【維持】 オプジーホ単独(4週毎) ） 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
年齢 性別	=患者情報!B6	=患者情報!B7	=患者情報!B8	開始日		年	月	日			
疾患名 切除不能な肝細胞癌		開始日		年	月	日					
クール 4週毎		診療科									
備考 オプジーホ+ヤーホイ療法4コース施行後の維持療法です		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 checked="" type="checkbox"/> 1st Line <input type="checkbox"/> 2nd Line <input type="checkbox"/> 3rd Line以降 <input type="checkbox"/> 術前 <input type="checkbox"/> 術後補助 <input checked="" type="checkbox"/> 進行 <input checked="" type="checkbox"/> 再発			告知の有無		P	S	同意書取得	<input type="checkbox"/> 済		
	身長	0	cm	体重	0	kg	体表面積	0.00	m ²		
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			
ニホルマフ 480	<input type="checkbox"/> mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> 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	ニホルマフ注 [オプジーホ]	480 mg	D.I.V	30分							
	生食液(100mL)	100 mL									
★体重30kg未満患者の溶解液注意★ ※オプジーホ投与量(48mL)+生食液(100mL)=148mLに設定 ※総液量は体重30kg以上の患者は150mL以下、30kg未満の患者は100mL以下とする。											
インラインフィルターを必ず使用して下さい。											
1Kur目 Day 1 8 15 22 29 36 ... ニホルマフ ↓		2Kur目 ↓		希釈濃度に関して; 0.35mg/mL未満では安定性が確認されていない。				確認者		監査者	
				インラインフィルター使用に関して; ニホルマフが高分子の抗体製剤であり、溶解時の激しい振盪により凝集体が生成し、微粒子を生成する可能性がある。							
注意事項など											