

【No.133】 ペムブロリズマブ療法

病名 _____ ID _____ 氏名 _____ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成

PS 0・1・2・3・4 _____

科 _____ 主治医 _____ 治療ライン _____ 次治療 _____

服薬指導 依頼する・不要

HBs抗原(+)→HBV DNA() .HBs抗原(-)→HBc抗体() HBs抗体()

確認医(科長) _____

免疫チェックポイント阻害薬専用検査セットの実施について検討すること。(詳細はレジメンフォルダ内「検査項目一覧」参照)

休薬・中止基準(添付文書より抜粋、詳細は添付文書を参照)

- ・Grade2以上の間質性肺疾患
- ・Grade2以上の大腸炎／下痢
- ・Grade2以上の肝機能障害
- ・Grade2以上の腎機能障害
- ・Grade2以上の内分泌障害
- ・Grade2以上のInfusion reaction
- ・Grade3以上の心筋炎、脳炎、ギラン・バレー症候群
- ・上記以外のgrade4又は再発性のgrade3の副作用
- ・副作用の処置としての副腎皮質ホルモン剤をプレドニゾロン換算で10mg/日相当量以下まで12週間以内に減量できない場合
- ・12週間を超える休薬後もGrade1以下まで回復しない場合

※逸脱例に使用する場合は、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)

コース	day1					指示	受領

day1 2 3 4 5 6 7 ... 21 (42)

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日															
			day1	2	3	4	5	6	7	...	21	(42)						
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●														
			受領															
			入力															
			実施															
② 生食100ml + キイトルーダ100mg { 2V:3週間毎 or 4V:6週間毎 }	30分 フィルター有		指示	●														
			受領															
			入力															
			実施															
③ ①の残液でフラッシュ			指示	●														
			受領															
			入力															
			実施															
④ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml (ポート患者のみ)			指示	(●)														
			受領															
			入力															
			実施															
			指示															
			受領															
			入力															
			実施															
			指示															
			受領															
			入力															
			実施															
3 or 6週毎(1投2休 or 5休)			太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。															