

【No.174】 DUR+GC療法

病名 _____ ID _____ 氏名 _____ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² 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)

休業・中止基準(イミフィンジ添付文書より抜粋、詳細は添付文書を参照)

- ・Grade2以上の間質性肺疾患、大腸炎/下痢、肝機能障害、腎機能障害、甲状腺機能亢進症、副腎機能不全、下垂体機能低下症、皮膚障害、筋炎、心筋炎、重症筋無力症、神経障害、脳炎、上記以外の副作用(甲状腺機能低下症、1型糖尿病を除く)
- ・Grade1以上のInfusion reaction(Grade1/2の場合、投与中断もしくは投与速度を50%減速。)・消化管穿孔(全Grade)
- ・白血球数2000/ μ L未満、血小板数7万/ μ L未満(ゲムシタビン)
- ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満)(シスプラチン)

コース	体重	D1	8	指示	受領	コース	体重	D1	8	指示	受領

D1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

指示内容	点滴時間	計算式	実施日																					
				催吐リスク	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者 生食250mlでルート確保後、ロック			指示 ●								●													
② (OP室用)生食100ml+イミフィンジ500mg3V	60分	※1500mg/body	指示 ●																					
	フィルター有	最小10%未満	受領																					
③ 生食100ml+ {グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} +デキサート _____mg+ポララミン __A + {ファモチジン 1A or ホスアプレピタト1V} ※ホスアプレピタト使用の場合、①残液で前後フラッシュ。	30分		指示 ●								●													
④ 生食500ml+シスプラチン _____mg ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	60分	25mg/m ²	指示 ●								●													
		高度90%以上	受領																					
⑤ (OP室用)生食100ml+ゲムシタビン _____mg 変更1: _____mg(変更日: _____) 変更2: _____mg(変更日: _____)	30分	1000mg/m ²	指示 ●								●													
		軽度10-30%	受領																					
⑥ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)			指示 (●)								(●)													
			受領																					
			入力																					
			実施																					

※体重30kg以下の場合、イミフィンジは20mg/kgで計算すること。

※臨床試験では、最大8コース投与後、イミフィンジ単独投与(4週間毎)となっている。(TOPAZ-1試験)

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。(記載確認後ミキシング開始となります。)

3週毎(8コース※) 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。