

【No.138】デュルバルマブ療法

病名 _____ ID _____ - _____ 氏名 _____ (才)(男・女) ※化学療法承諾書要作成
 体重 _____ kg 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以上の甲状腺機能亢進症、副腎機能不全、下垂体機能低下症
- ・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。)
- ・Grade2以上の皮膚障害
- ・Grade2以上の筋炎、心筋炎
- ・Grade3以上の重症筋無力症
- ・上記以外のgrade2以上の副作用(甲状腺機能低下症、1型糖尿病を除く)

※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	体重	指示	受領

day1 2 3 4 5 6 7 8 ... 14

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	8	...	14								
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 + イミフィンジ _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	60分 フィルター有	10mg/kg	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																	
2週毎(1投1休) 12ヶ月間		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。																		