【No.139】 ニボルマブ + イピリムマブ療法

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）

腎細胞癌の場合は4コース

休薬・中止基準（オプジーボ適正使用ガイド内、有害事象の対処法アルゴリズムより抜粋）
- Grade1以上の肺臓炎
- Grade2以上の心筋炎
- Grade2以上の大腸炎、下痢
- Grade2以上の肝機能検査値上昇
- 症候性の甲状腺機能低下症・甲状腺中毒症
- 症候性の下垂体障害・副腎障害
- Grade2以上の神経毒性
- Grade2以上のクレアチニン増加
- Grade3以上の発疹

※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

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	…	21
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50ml ＋ オプジーボ240mg 1V	30分 フィルター有		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 終了後、①の残液で滴下（100ml/hr）	30分		指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
④ 生食50ml ＋ ヤーボイ＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） 変更2:＿＿＿mg（変更日:＿＿＿＿） ※終了後、①の残液でフラッシュ	30分 フィルター有	1mg/kg	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
⑤ 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										

3週毎（1投2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。

在庫確保のため、原則として投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに提出すること。　　改定日R3.6.29