

【No.142】 ベドリズマブ療法

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) _____

【警告】

・肺炎、敗血症、結核等の重篤な感染症が報告されていること及び本剤は疾病を完治させる薬剤でないことを患者に十分説明し、患者が理解したことを確認した上で、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。また、本剤の投与において、重篤な副作用があらわれることがあるので、緊急時の対応が十分可能な医療施設及び医師の管理指導のもとで使用し、本剤投与後に副作用が発現した場合には、主治医に連絡するよう患者に注意を与えること。

【投与間隔】

・初回投与、2週後、6週後、以後8週ごと投与

※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。)

※ネオシールドは使用しない。

コース	day1									指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	day1	2	3	4	5	6	7	8	9	...	(56)
		催吐リスク												
① 生食50mlでルート確保			指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
② ○生食100ml + エンタイビオ300mg 1V + 注射用水5ml 1A ※注射用水は溶解用。溶解開始から完了まで30分以上かかるため注意。	30分		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
③ 生食50ml	全開		指示	●										
			受領											
			入力											
			実施											
			指示											
			受領											
			入力											
			実施											

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。