【No.148】 アベルマブ療法

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
- AST/ALTが基準日上限の3倍以上
- 総ビリルビンが基準値上限の1.5倍以上
- Grade2以上の大腸炎／下痢
- Grade3以上の甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎機能不全、高血糖
- 心筋炎
- Grade2以上の腎機能障害
- Grade3以上のInfusion reaction
- 上記以外のGrade2以上の副作用
- 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	体重	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	7	…	21	(42)
			実施日										
内服 ： レスタミン(10)3錠、カロナール(500)1錠 投与開始30分前内服			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
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250ml ＋ バベンチオ＿＿＿＿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 フィルター有	10mg/kg	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ 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）

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