

【No.165】 Pembro + FP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) _____

※ミキシングは平日のみとなりますので、日程の調整をお願いします。
 ※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。)
 ※アロカリス:原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

コース	体重	day1	2	3	4	5	6	指示	受領

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(キイトルーダ添付文書より抜粋、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、内分泌障害、Infusion reaction
- ・Grade3以上の心筋炎、脳炎、ギラン・バレー症候群
- ・上記以外のgrade4又は再発性のgrade3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
- ・重篤な腎障害のある患者に禁忌(Ccr30未満、シスプラチン添付文書より抜粋)

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	...	21
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ(穿刺)			指示 受領 入力 実施	●							
② 生食250mlでルート確保 ※ルート3確保時も使用	ルート1		指示 受領 入力 実施	●							
③ 生食500ml + フルオロウラシル _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	24時間 ルート1	800mg/m ² 軽度 10~30%	指示 受領 入力 実施	●	●	●	●	●			
④ 生食50ml(全開) ⑤ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml			指示 受領 入力 実施						●		
⑥ ST1 500ml × 2回	120分 × 2 ルート2		指示 受領 入力 実施	●							
⑦ 生食100ml + キイトルーダ点滴静注100mg 2V ※終了後②残液でフラッシュ	30分 ルート3 フィルター有	200mg/body 最小 10%未満	指示 受領 入力 実施	●							
⑧ 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 ホスアプレピタント1V or ※アロカリス1V} ※終了後②残液でフラッシュ。	30分 ルート3		指示 受領 入力 実施	●							
⑨ (ケモ専用)生食500ml + シスプラチン _____ mg 変更1: _____ mg(変更日: _____) 変更2: _____ mg(変更日: _____)	120分 ルート3	80mg/m ² 高度 90%以上	指示 受領 入力 実施	●							
⑩ ST1 500ml + ラシックス1A	120分 ルート2		指示 受領 入力 実施	●							
3週毎(CDDP最大6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。										

在庫確保のため、投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに薬剤科へコピーを提出すること。

新規R5.2.27