

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

[4週毎]:Nivolumab療法(肺がん)プロトコール(every 4 weeks)
 Nivolumab(オプジーボ) 480mg/body day1.....29
 ↓ next in→

<疾患名>
非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|--------------------|---------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 240mg/24mL 50mL | × ()V ×1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 =480mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(維持療法期①)Durvalumab+Tremelimumab療法プロトコル(every 8 weeks)
 day1.....29.....57
 Tremelimumab(イジユド) 75mg/body ↓ next
 Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/body ↓ in→

<疾患名>
非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イミフィンジ mg イジユド mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目 第29日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|------------------------------------|-------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) イジユド 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 25mg/1.25mL 250mL | × ()V X1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |
| 4) イミフィンジ イミフィンジ 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 500mg/10mL 120mg/2.4mL 250mL | × ()V × ()V X1B |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| | |
|-----|-----|
| () | () |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

III. 化学療法剤投与量算出

<Tremelimumab・Durvalumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Tremelimumab(イジユド)投与量(mg/body)
 = 75mg/body × (%)
 Durvalumab(イミフィンジ)投与量(mg/body)
 = 1500mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。
 ・0.2又は0.22µmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは、Durvalumab+Tremelimumab+nab-PTX+CBDCA療法実施後に施行する。
 ・本レジメンは1コースのみ実施され、終了後、(維持療法期②)Durvalumab療法へ移行する。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(維持療法期②)Durvalumab療法プロトコール(every 4 weeks)
 Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/body day1 29
 ↓ next in→

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イミフィンジ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|---------------------|----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) イミフィンジ 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 500mg/10mL 250mL | × ()V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Durvalumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Durvalumab(イミフィンジ)投与量(mg/body)
 = 1500mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。
 ・0.2又は0.22µmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは、(維持療法期①)Durvalumab+Tremelimumab療法実施後に施行される。

主治医
[]

薬剤師
[]

薬剤師
[]

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

[術前]:Nivolumab+PEM+CBDCA療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....day22
 Nivolumab(オプジーボ) 360mg/body ↓ next
 PEM(ペトレキセド) 500mg/m² ↓ in→
 CBDCA(カルボプラチン) AUC6 ↓

<疾患名>
非小細胞肺がん(非扁平上皮がん)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ mg ペトレキセド mg カルボプラチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

| | | |
|---------|---------|---------|
| [] | [] | [] |
| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
| ([]) | ([]) | ([]) |
| 125mg | 80mg | 80mg |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|--|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はペトレキセド開始1~1.5時間前に投与) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 3) オプジーボ オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 240mg/24mL 120mg/12mL 50mL | ×()V ×()V X1B |
| 4) デキサート注 パロノセトロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 0.75mg/50mL | ×2A ×1B |
| 5) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 6) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・PEM・CBDCA投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ) 投与量(mg/body)
 = 360mg/body × (%)
 PEM(ペトレキセド) 投与量(mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>
 ・オプジーボ: インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ペトレキセド: 投与1週間以上前より①パンプタン末1g連日内服。
 ②メチコバル注2Aを9週毎に投与。
 ・本レジメンは3コース実施予定。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| [] | [] | [] |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

[術前]: Nivolumab+PEM+CDDP(ショート)療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....day22
 Nivolumab(オプジーボ) 360mg/body ↓ next
 PEM(ペトレキセド) 500mg/m² ↓ in→
 CDDP(シスプラチン) 75mg/m² ↓

<疾患名>
 非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ mg ペトレキセド mg シスプラチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目 第2日目 第3日目 第4日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--|--|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) オプジーボ オプジーボ 生食 | 240mg/24mL 120mg/12mL 50mL | x()V x()V X1B |
| (持続点滴側管:0.5時間) | | |
| 3) バロノセロン点滴バッグ デキサート注 | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | x1B x3A |
| (持続点滴側管:0.5時間) | | |
| 4) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | x()V x()V x()V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| (持続点滴側管:10分) | | |
| 5) イメンドカプセル | | x1セット |
| (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | |
| 6) デカドロン錠 | 0.5mg/錠 | x16錠/日 |
| (内服:1日2回 朝・昼食後) | | |
| 7) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | x0.4A x1A x1B |
| (持続点滴側管:1時間) | | |
| 8) マンニトールS注射液 | 300mL | 200mL |
| (持続点滴側管:0.5時間) | | |
| 9) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | x()V x()V x()V 300mL |
| (持続点滴側管:1時間) | | |
| 10) アスパラカリウム注 ソルデム1 | 10mEq/10mL 500mL | x1A x1B |
| (持続点滴側管:1時間) | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

125mg 80mg 80mg

III. 化学療法剤投与量算出

< Nivolumab・PEM・CDDP投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 = 360mg/body x (%)
 PEM(ペトレキセド)投与量(mg/body)
 = 500mg/m² x 体表面積(m²) x (%)
 CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
 = 75mg/m² x 体表面積(m²) x (%)

<備考欄>
 オプジーボ:
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg x 1錠、カロナール錠200mg x 3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
 ・ペトレキセド:
 ペトレキセド投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。
 ・本レジメンは3コース実施予定。

主治医 薬剤師 薬剤師

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

[術前]:Nivolumab+PTX+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks)

| | | | |
|------------------|----------------------|-------|-------|
| | day1 | | day22 |
| Nivolumab(オプジーボ) | 360mg/body | ↓ | next |
| PTX(パクリタキセル) | 200mg/m ² | ↓ | in→ |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC6 | ↓ | |

<疾患名>

非小細胞肺癌

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 _____ 月 _____ 日

<前コースの投与量>

| | | |
|-------|---------|---------|
| オプジーボ | パクリタキセル | カルボプラチン |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|--------------------------------|
| 1) イメドカプセル (内服: day1はパクリタキセル投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | ×1B |
| 3) オプジーボ オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 240mg/24mL 120mg/12mL 50mL | ×()V ×()V ×1B |
| 4) デキサート注 ファモチジン注 生食 (持続点滴側管: 5分) | 3.3mg/1mL 20mg/20mL 50mL | ×6A ×1A ×1B |
| 5) レスタミンコーワ錠 (内服: パクリタキセル開始30分前に服用) | 10mg/錠 | ×5錠 |
| 6) パロノセトロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 0.75mg/50mL | ×1B |
| 7) パクリタキセル注 パクリタキセル注 生食 (持続点滴側管: 3時間) | 100mg/16.7mL 30mg/5mL 500mL | ×()V ×()V ×1B |
| 8) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|-------|------|------|
| () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・PTX・CBDCA投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

Nivolumab(オプジーボ)投与量(_____ mg/body)
= 360mg/body × (_____ %)

PTX(パクリタキセル)投与量 (_____ mg/body)
= 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン)投与量 (_____ mg/body)
= [CCr(_____)+25] × AUC6 × (_____ %)

<備考欄>

- ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
- ・オプジーボ: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・本レジメンは3コース実施予定。

| | | |
|-------|-------|-------|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| _____ | _____ | _____ |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

(放射線治療後)Durvalumab維持療法プロトコル(every 4 weeks)
 Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/day
 day1 29
 ↓
 next in→

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イミフィンジ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|---------------------|----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) イミフィンジ 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 500mg/10mL 250mL | × ()V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

(_____)

III. 化学療法剤投与量算出

<Durvalumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)
 Durvalumab(イミフィンジ)投与量(_____ mg/body)
 = 1500mg/body × (_____ %)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。
 ・0.2又は0.22µmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは原則、放射線療法終了後42日以内に使用開始すること。
 ・本レジメンは投与開始から原則最大13コースまで。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

「アルコール不耐症患者限定」DTX+サイラムザ療法 プロトコール(every 3 weeks)

| | | | |
|------------------|---------------------|-------|-------|
| | day1 | | day22 |
| RAM(サイラムザ) | 10mg/kg | ↓ | next |
| DTX(ドセタキセル「ニプロ」) | 60mg/m ² | ↓ | in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>
 サイラムザ _____ mg ドセタキセル「ニプロ」 _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------|------------|------------------------|
| 1) 生食 | 100mL | × 1B |
| (持続点滴メイン: ルート確保用) | | |
| 2) レスタミンコーワ錠 | 10mg | × 5錠 |
| (内服: サイラムザ開始30分前に服用) | | |
| 3) デキサート | 3.3mg/1mL | × 4A |
| グラニセロン点滴バッグ | 3mg/100mL | × 1B |
| (持続点滴側管: 0.5時間) | | |
| 4) サイラムザ | 500mg/50mL | × ()V |
| サイラムザ | 100mg/10mL | × ()V |
| 生食 | 250mL | × 1B(生理食塩液に添加して約250mL) |
| (持続点滴側管: 1時間) | | |
| 5) 生食 | 50mL | × 1B |
| (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | | |
| 6) ドセタキセル「ニプロ」 | 80mg/4mL | × ()V |
| ドセタキセル「ニプロ」 | 20mg/1mL | × ()V |
| 生食 | 250mL | × 1B |
| (持続点滴側管: 1時間) | | |
| 7) 生食 | 50mL | × 1B |
| (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約250mLとする。

ドセタキセル「ニプロ」:
 オーダー確認後、発注し、納品されるまで約1週間を要する。
 オーダー確認者はワークシート
 検薬完了後、薬剤の必要量を
 発注する。

III. 化学療法剤投与量算出

<RAM・DTX投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

RAM(サイラムザ)投与量(_____ mg/body)

10mg/kg × (_____ %)

DTX(ドセタキセル「ニプロ」)投与量(_____ mg/body)

= 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

サイラムザ:
 ・初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。
 ・蛋白質透過型のフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用する。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

ドセタキセル「ニプロ」:
 ・ドセタキセル「ニプロ」はアルコールフリー確認済み。
 ・調製時、溶媒に対し難溶解性。混注後、約50回転倒混和。
 ・本レジメンはアルコール不耐症患者のみ使用。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

「アルコール不耐症患者限定」DTX療法(肺がん)プロトコール(every 3 weeks)

DTX(ドセタキセル「ニプロ」) 60mg/m² ↓ day1.....day22
next in→

<疾患名>
非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____年 月 日

<前コースの投与量>
ドセタキセル「ニプロ」
mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | × 1B |
| 2) デキサート グラネセロン点滴バッグ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 4A × 1B |
| 3) ドセタキセル「ニプロ」 ドセタキセル「ニプロ」 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 80mg/4mL 20mg/1mL 250mL | × ()V × ()V × 1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

(_____)

ドセタキセル「ニプロ」:
オーダー確認後、発注し、納品されるまで約1週間を要する。
オーダー確認者はワークシート
検薬完了後、薬剤の必要量を
発注する。

III. 化学療法剤投与量算出

<DTX投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
体表面積(_____ m²)

ドセタキセル「ニプロ」投与量(_____ mg/body)
= 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ・本レジメンはアルコール不耐症患者のみ使用。
- ・ドセタキセル「ニプロ」はアルコールフリー確認済み。
- ・調製時、溶媒に対し難溶解性。混注後、約50回転倒混和。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

AMR療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1・2・3..... day22
 ↓ ↓ ↓ next
 in→

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 カルセド mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

| | 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|-----|------|------|------|
| [] | [] | [] | [] |
| [] | [] | [] | [] |
| [] | [] | [] | [] |
| [] | [] | [] | [] |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) デキサート注 (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL グラネセロン点滴バッグ 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 3) カルセド (持続点滴側管: 5分間) | 50mg/V カルセド 20mg/V 生食 50mL | × ()V × ()V 20mL |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

III. 化学療法剤投与量算出

<AMR投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 AMR(カルセド)投与量(mg/body)
 = 45mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 カルセド:
 ・Second line以降においては、減量して開始する場合がある。
 ・他のアントラサイクリン系薬剤など心毒性を有する薬剤による前治療が限界量に達している患者は原則禁忌。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Atezolizumab+nab-PTX+CBDCA療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1・・・8・・・15・・・day22
 Atezolizumab(テセントリク) 1200mg/body ↓ next
 nab-PTX(アブラキサン) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ in→
 CBDCA(カルボプラチン) AUC6 ↓

<疾患名>
 非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 テセントリク アブラキサン カルボプラチン
 mg mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | | | | |
|------|------|------|------|-------|
| | | | | |
| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第8日目 | 第15日目 |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|--------------------------------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はアブラキサン投与開始1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 3) テセントリク 生食 (持続点滴メイン: 1時間) | 1200mg/20mL 250mL | ×()V ×1B |
| 4) 生食 (持続点滴メイン: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |
| 5) デキサート注 グラニセトロン点滴パッ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | ×2A X1B |
| 6) アブラキサン 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg 100mL | ×()V ×1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |
| 8) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |

| | | | | |
|-------|------|------|-----|-----|
| () | () | () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

アブラキサン:
 1Vあたり20mLの生食で溶解。残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

III. 化学療法剤投与量算出

< Atezolizumab+nab-PTX+CBDCA投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)

Atezolizumab(テセントリク) 投与量(mg/body)
 = 1200mg/body × (%)

nab-PTX(アブラキサン) 投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>

テセントリク:
 ・0.2又は0.22μmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。

アブラキサン:
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する。
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要
 ・溶解後に生食で希釈しない
 ・フィルター付きルートを使用しない
 ・アレルギーが出た場合、次回コースよりパクリタキセルに準じて、レスタミンコーワ錠10mg×5錠、ファモチジン注×1Aを前投薬として追加する。

・本レジメンは原則最大4コース
 ・本レジメン終了後、Atezolizumab療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
|-----|-----|-----|

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Atezolizumab+PEM+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks) | | |
|--|-----------|-------|
| | day1..... | day22 |
| Atezolizumab(テセントリク) 1200mg/body | ↓ | next |
| PEM(ペメトレキセド) 500mg/m ² | ↓ | in→ |
| CBDCA(カルボプラチン) AUC6 | ↓ | |

<疾患名>

非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|--------|---------|---------|
| テセントリク | ペメトレキセド | カルボプラチン |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|--------------------------------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はペメトレキセド開始1~1.5時間前に投与) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 3) テセントリク 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 1200mg/20mL 250mL | ×()V X1B |
| 4) デキサート注 グラニセトロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | ×2A ×1B |
| 5) ペメトレキセド ペメトレキセド ペメトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 6) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|-------|------|------|
| () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Atezolizumab・PEM・CBDCA投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

Atezolizumab(テセントリク) 投与量(mg/body)
= 1200mg/body × (%)

PEM(ペメトレキセド) 投与量(mg/body)
= 500mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)
= [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>

- ・テセントリク: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。
- ・ペメトレキセド: 投与1週間以上前より①パンプタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。
- ・本レジメンは原則最大4コース
- ・本レジメン終了後、Atezolizumab+PEM療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して 開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Atezolizumab+PEM療法プロトコル(every 3 weeks) | | |
|--|------|------------|
| | day1 |day22 |
| Atezolizumab(テセントリク) 1200mg/body | ↓ | next |
| PEM(ペメトレキセド) 500mg/m ² | ↓ | in→ |

<疾患名>

非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日

<前コースの投与量>

テセントリク mg ペメトレキセド mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン:ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 2) テセントリク 生食 (持続点滴側管:1時間) | 1200mg/20mL 250mL | ×()V X1B |
| 3) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | ×2A ×1B |
| 4) ペメトレキセド 生食 (持続点滴側管:10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 5) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

第1日目

()

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Atezolizumab+PEM投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

Atezolizumab(テセントリク)投与量(mg/body)

= 1200mg/body × (%)

PEM(ペメトレキセド)投与量(mg/body)

= 500mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>

- ・テセントリク:0.2又は0.22μmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。
- ペメトレキセド:投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。②メチコパール注2Aを9週毎に投与。
- ・本レジメンは原則Atezolizumab+PEM+CBDCA療法施行後に行われる。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して 開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Atezolizumab療法(術後補助療法)プロトコール(every 3 weeks)
 day1 22
 ↓ next
 Atezolizumab(テセントリク)1200mg/body in→

<疾患名>
非小細胞肺がん(術後補助療法)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 テセントリク
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|----------------------|----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) テセントリク 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 1200mg/20mL 250mL | × ()V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Atezolizumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Atezolizumab(テセントリク)投与量(mg/body)
 = 1200mg/body × (%)

<備考欄>
 ・テセントリク: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。
 ・本レジメンは、プラチナ製剤を含む術後補助化学療法を1~4コース実施後に使用される。
 ・本レジメンは投与開始から16コース治療予定。

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Atezolizumab療法プロトコル(every 3 weeks)
 Atezolizumab(テセントリク)1200mg/body day1..... 22
 ↓ next in→

<疾患名>
非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 テセントリク
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|----------------------|----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) テセントリク 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 1200mg/20mL 250mL | × ()V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

()

III. 化学療法剤投与量算出

<Atezolizumab投与量>
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Atezolizumab(テセントリク)投与量(mg/body)
 = 1200mg/body × (%)

<備考欄>
 ・テセントリク: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Bevacizumab+Atezolizumab療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1 day22
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 15mg/kg ↓ next
 Atezolizumab(テセントリク) 1200mg/body ↓ in→

<疾患名>
 非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ベバシズマブ mg テセントリク mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-------------------------------|-------------|-----------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) ベバシズマブBS | 400mg/16mL | × ()V |
| ベバシズマブBS | 100mg/4mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 1.5時間) | 100mL | ×1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 3) テセントリク注 | 1200mg/20mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目
 ([])
 []
 []
 []
 []

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< Bevacizumab・Atezolizumab投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)
 Atezolizumab(テセントリク) 投与量(_____ mg/body)
 = 1200mg/body × (_____ %)

<備考欄>
 ・テセントリク: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンはCBDCA+PTX+Bevacizumab+Atezolizumab療法終了後、行われる。
 ・ベバシズマブは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。
 ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。

主治医
 []

薬剤師
 []

薬剤師
 []

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Bevacizumab療法プロトコール(every 3 weeks) | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Bevacizumab (ベバシズマブ) 15mg/kg | day1 day22 ↓ next in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺癌
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ベバシズマブ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-------------------------------|------------|-----------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 2) ベバシズマブBS | 400mg/16mL | × () V |
| ベバシズマブBS | 100mg/4mL | × () V |
| 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mL | X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| |
|------|
| 第1日目 |
|------|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< Bevacizumab 投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)
 Bevacizumab (ベバシズマブ) 投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

<備考欄>
 ・本レジメンは前治療として抗がん剤とベバシズマブ併用療法を行い、その後の維持治療として用いる。
 ・2)は抗がん剤と併用療法時の忍容性があれば、引き続き点滴時間を0.5時間とすることが出来る。

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CBDCA+PEM+Bevacizumab療法プロトコール(every 3 weeks)

| | | | |
|---------------------|----------------------|-------|--------|
| | day1 | | day22 |
| PEM(ペメトレキセド) | 500mg/m ² | | ↓ next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC6 | | ↓ in→ |
| Bevacizumab(ベバシズマブ) | 15mg/kg | | ↓ |

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ペメトレキセド _____ mg
 カルボプラチン _____ mg
 ベバシズマブ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|---|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | ×2A X1B |
| 3) ペメトレキセド ペメトレキセド ペメトレキセド 生食 (持続点滴側管:10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 4) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 5) ベバシズマブBS ベバシズマブBS 生食 (持続点滴側管:1.5時間) | 400mg/16mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 6) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

第1日目
 (_____)

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< PEM・CBDCA・Bevacizumab 投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)
 PEM(ペメトレキセド)投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = [CCr(_____)+25] × AUC6 × (_____ %)
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

<備考欄>
 ・ペメトレキセド投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。
 ・5)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。
 ・本レジメンは原則最大6コース

| | | |
|-------|-------|-------|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| _____ | _____ | _____ |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CBDCA+PEM療法プロトコル(every 3 weeks) | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|------|
| | | day1.....day22 | |
| PEM(ペトレキセド) | 500mg/m ² | ↓ | next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC6 | ↓ | in→ |

＜疾患名＞

非小細胞肺癌

告知 あり なし

＜前コースの化学療法開始日＞ ー 年 ー 月 ー 日

＜前コースの投与量＞

ペトレキセド ー mg カルボプラチン ー mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項（記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|---------------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 3) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | × () V × () V × () V X1B |
| 4) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × () V × () V × () V × 1B |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約

III. 化学療法剤投与量算出

| ＜ PEM・CBDCA投与量 ＞ | | | |
|--|------------------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ) | | | |
| 身長(| cm) | 体重(| Kg) |
| 体表面積(| m ²) | | |
| PEM(ペトレキセド)投与量(_____ mg/body) | | | |
| = 500mg/m ² × 体表面積(_____ m ²) × (_____ %) | | | |
| CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body) | | | |
| = [CCr(_____)+25] × AUC6 × (_____ %) | | | |

| ＜備考欄＞ |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・本レジメンは原則最大8コース ・ペトレキセド: ペトレキセド投与1週間以上前より①パンピタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。 |

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CBDCA+PTX+Bevacizumab+Atezolizumab療法プロトコル(every 3 weeks)

| | | | |
|-----------------------------------|------|-------|-------|
| PTX(パクリタキセル) 200mg/m ² | day1 | | day22 |
| CBDCA(カルボプラチン) AUC6 | ↓ | | next |
| Bevacizumab(ベバシズマブ) 15mg/kg | ↓ | | in→ |
| Atezolizumab(テセントリク) 1200mg/body | ↓ | | |

<疾患名>
 非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 _____ 月 _____ 日
 <前コースの投与量>
 パクリタキセル _____ mg カルボプラチン _____ mg ベバシズマブ _____ mg テセントリク _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-------------------------------------|--------------|------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) デキサート注 | 3.3mg/1mL | × 6A |
| ファモチジン注 | 20mg/20mL | × 1A |
| 生食 (持続点滴側管: 5分) | 50mL | × 1B |
| 3) レスタミンコーワ錠 (内服: パクリタキセル開始30分前に服用) | 10mg/錠 | × 5錠 |
| 4) グラニセトロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3mg/100mL | × 1B |
| 5) パクリタキセル注 | 100mg/16.7mL | × () V |
| パクリタキセル注 | 30mg/5mL | × () V |
| 生食 (持続点滴側管: 3時間) | 500mL | × 1B |
| 6) カルボプラチン注 | 450mg/45mL | × () V |
| カルボプラチン注 | 150mg/15mL | × () V |
| カルボプラチン注 | 50mg/5mL | × () V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B |
| 7) ベバシズマブBS | 400mg/16mL | × () V |
| ベバシズマブBS | 100mg/4mL | × () V |
| 生食 (持続点滴側管: 1.5時間) | 100mL | × 1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 8) テセントリク注 | 1200mg/20mL | × () V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目

()

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< PTX・CBDCA・Bvacizumab・Atezolizumab投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)

PTX(パクリタキセル)投与量(_____ mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = [CCr(_____) + 25] × AUC6 × (_____ %)

Bvacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

Atezolizumab(テセントリク)投与量(_____ mg/body)
 = 1200mg/body × (_____ %)

<備考欄>

- ・テセントリク: 0.2又は0.22µmのインラインフィルターを使用すること。→JMS輸液セット:PVCフリー(品番: JY-PFP341F7)で可(上記条件を満たす)
- ・本レジメンは原則最大6コース。
- ・本レジメン終了後、Bvacizumab+Atezolizumab療法へ移行する。
- ・ベバシズマブは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。
- ・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CBDCA+PTX+Bevacizumab療法プロトコル(every 3 weeks) | | |
|---|----------------------|--------|
| | day1 | day22 |
| PTX(パクリタキセル) | 200mg/m ² | ↓ next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC6 | ↓ in→ |
| Bevacizumab(ベバシズマブ) | 15mg/kg | ↓ |

<疾患名>
 非小細胞肺癌

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|---------|---------|--------|
| パクリタキセル | カルボプラチン | ベバシズマブ |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|---|---|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:6時間) | 500mL | X1B |
| 2) デキサート注 ファモチジン注 生食 (持続点滴側管:5分) | 3.3mg/1mL 20mg/20mL 50mL | × 6A × 1A X1B |
| 3) レスタミンコーワ錠 (内服:パクリタキセル開始30分前に服用) | 10mg/錠 | X5錠 |
| 4) グラニセロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3mg/100mL | X1B |
| 5) パクリタキセル注 パクリタキセル注 生食 (持続点滴側管:3時間) | 100mg/16.7mL 30mg/5mL 500mL | × ()V × ()V × 1B |
| 6) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × ()V × ()V × ()V × 1B |
| 7) ベバシズマブBS ベバシズマブBS 生食 (持続点滴側管:1.5時間) | 400mg/16mL 100mg/4mL 100mL | × ()V × ()V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 8) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| |
|--|
| |
|--|

第1日目

| |
|-----|
| () |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< PTX・CBDCA・Bevacizumab 投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

PTX(パクリタキセル)投与量(_____ mg/body)
 = 200mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = [CCr(_____)+25] × AUC6 × (_____ %)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

<備考欄>

- ・本レジメンは原則最大8コース
- ・パクリタキセル用点滴セットを使用
- ・7)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| | | | | | |
|---|---------------------|------|---|----|-------|
| CBDCA+PTXweekly+RT療法プロトコール(every 4 weeks) | | | | | |
| | | day1 | 8 | 15 | day29 |
| PTX(パクリタキセル) | 50mg/m ² | ↓ | ↓ | ↓ | next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC2 | ↓ | ↓ | ↓ | in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺癌

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>
 パクリタキセル _____ mg
 カルボプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|------|------|-------|
| | | |
| 第1日目 | 第8日目 | 第15日目 |
| () | () | () |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|---|------------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:3時間) | 500mL | X1B |
| 2) デキサート注 ファモチジン注 生食 (持続点滴側管:5分) | 3.3mg/1mL 20mg/20mL 50mL | × 6A × 1A X1B |
| 3) レスタミンコーワ錠 (内服:パクリタキセル開始30分前に服用) | 10mg/錠 | X5錠 |
| 4) グラニセトン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3mg/100mL | X1B |
| 5) パクリタキセル注 パクリタキセル注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/16.7mL 30mg/5mL 250mL | × ()V × ()V × 1B |
| 6) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × ()V × ()V × ()V × 1B |

III. 化学療法剤投与量算出

< PTX・CBDCA投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

PTX(パクリタキセル)投与量(_____ mg/body)
 = 50mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = [CCr(_____)+25] × AUC2 × (_____ %)

<備考欄>

- 放射線療法と併用
- 本レジメンは原則最大4コース
- パクリタキセル用点滴セットを使用

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CBDCA+PTX プロトコール(every 3weeks)
 day1..... day 22
 PTX(パクリタキセル) 200mg/m² ↓ next
 CBDCA(カルボプラチン) AUC 6 ↓ in ↓

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 パクリタキセル カルボプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|---|--------------------------------|
| 1) レスタミンコーワ錠 (内服:点滴直前) | 10mg | 5錠 |
| 2) 生食 (メイン:持続点滴:ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 3) デキサート ファモチジン グラネセロン点滴バッグ (側管:持続点滴:0.5時間) | 3.3mg/1mL 20mg/20mL 3mg/100mL | X6A X1A X1B |
| 4) パクリタキセル パクリタキセル 生食 (側管:持続点滴:3時間) | 100mg/16.7mL 30mg/5mL 500mL | ×()V ×()V X1B |
| 5) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (側管:持続点滴:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 6) 生食 (側管:持続点滴:全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<PTX・CBDCA 投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 PTX(パクリタキセル)投与量 _____ mg/body
 = 200mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CBDCA(カルボプラチン)投与量 (_____ mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>
 ・パクリタキセル用点滴セットを使用

主治医

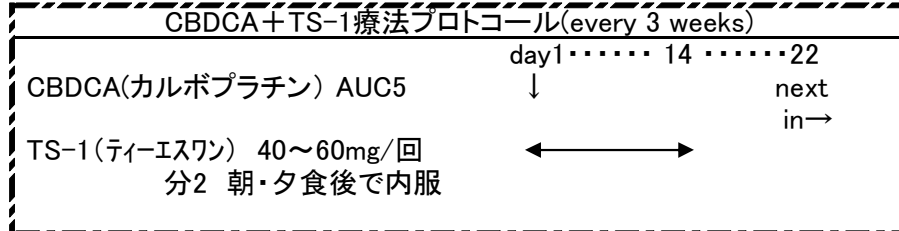
薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXX |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |



<疾患名>

非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日

<前コースの投与量>

カルボプラチン mg ティーエスワン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|--------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセトロン点滴パック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/mL 3mg/100mL | X2A X1B |
| 3) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | x()V x()V x()V X1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |

[]

[]

[]

[]

[]

| | | |
|-----------------|------------|---------------|
| ティーエスワン 20mg | X(錠)/日 | |
| or ティーエスワン 25mg | X(錠)/日 | (分2 朝・夕食後で内服) |
| | 第1日~第14日(| ~)まで投薬 |
| | 第15日~第21日(| ~)まで休薬 |

III. 化学療法剤投与量算出

< CBDCA・TS-1 投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)

= [CCr()+25] × AUC5 × (%)

TS-1(ティーエスワン) 投与量(mg/body)

| | |
|--|-----------|
| ~ 1.25m ² 未満 | 80mg/day |
| 1.25m ² 以上 ~ 1.5m ² 未満 | 100mg/day |
| 1.5m ² 以上 ~ | 120mg/day |

(分2 朝・夕食後で内服)

<備考欄>

・本レジメンは原則最大8コース

主治医

[]

薬剤師

[]

薬剤師

[]

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| | | | |
|--|----------------------|--------------------|------|
| CBDCA+VP16+Atezolizumab療法プロトコール(every 3 weeks) | | | |
| | | day1・2・3.....day22 | |
| VP16(ベプシド) | 100mg/m ² | ↓ ↓ ↓ | next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC5 | ↓ | in→ |
| Atezolizumab(テセントリク) | 1200mg/body | ↓ | |

<疾患名>

小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|------|---------|--------|
| ベプシド | カルボプラチン | テセントリク |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|------------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセトロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 3) ベプシド 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | × ()V X1B |
| 4) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × ()V × ()V × ()V × 1B |
| 5) テセントリク 生食 (持続点滴側管:1時間) | 1200mg/20mL 250mL | × ()V X1B |
| 6) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|------|------|------|
| () | () | () |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・CBDCA・Atezolizumab投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

VP16(ベプシド)投与量(mg/body)

= 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)

= [CCr()+25] × AUC5 × (%)

Atezolizumab(テセントリク)投与量(mg/body)

= 1200mg/body × (%)

<備考欄>

輸液ライン:

- ・ベプシド: DEHPフリーの専用ルートで投与すること
- ・テセントリク: 0.2又は0.22 μ mのインラインフィルターを使用すること。

→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

・テセントリクは初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与は30分間とすることができる。

・本レジメンは原則4コースまで。本レジメン終了後、Atezolizumab療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CBDCA+VP16+Durvalumab療法プロトコル(every 3 weeks) | | |
|---|--------------------|------|
| | day1・2・3.....day22 | |
| Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/body | ↓ | next |
| VP16(ペプシド) 100mg/m ² | ↓ ↓ ↓ | in→ |
| CBDCA(カルボプラチン) AUC5~6 | ↓ | |

<疾患名>

小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|--------|------|---------|
| イミフィンジ | ペプシド | カルボプラチン |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|--------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) イミフィンジ 生食 (持続点滴側管:1時間) | 500mg/10mL 250mL | ×()V X1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mL | ×1B |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はカルボプラチン開始1~1.5時間前に投与) | | ×1セット |
| 5) デキサート注 パロノセトロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 0.75mg/50mL | ×1A ×1B |
| 5) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 100mL | ×1A ×1B |
| 6) ペプシド 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | ×()V X1B |
| 7) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 8) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|-------|------|------|
| () | () | () |
| | | |
| | | |
| 125mg | 80mg | 80mg |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

イミフィンジの初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与以降生食の投与時間を30分間に短縮できる。

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・CBDCA・Durvalumab投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

Durvalumab(イミフィンジ)投与量(mg/body)
=1500mg/body × (%)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)
= [CCr()+25] × AUC5~6 × (%)

VP16(ペプシド)投与量(mg/body)
= 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>

輸液ライン:
 ・ペプシド: DEHPフリーの専用ルートで投与すること
 ・イミフィンジ: 0.2又は0.22µmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。
 ・本レジメンは、化学療法歴のない進展型小細胞肺癌症例に用いられる。
 ・本レジメンは最大4コースまでとする。
 ・本レジメン終了後、Durvalumab維持療法へ移行する。
 ・本レジメンは、他のイミフィンジとプラチナ系薬剤の併用療法と併せて最大4コースまでとする。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CBDCA+VP16療法プロトコール(every 3 weeks) | | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------|------|
| | | day1・2・3.....day22 | |
| VP16(ベプシド) | 100mg/m ² | ↓ ↓ ↓ | next |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC4~6 | ↓ | in→ |

<疾患名>

小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

ベプシド _____ mg カルボプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|------------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセトロン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 3) ベプシド 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | × ()V X1B |
| 4) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管:1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × ()V × ()V × ()V × 1B |
| 5) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
|------|------|------|
| () | () | () |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・CBDCA投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

VP16(ベプシド)投与量(_____ mg/body)

= 100mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン)投与量(_____ mg/body)

= [CCr(_____)+25] × AUC4~6 × (_____ %)

<備考欄>

- ・ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・放射線療法と併用する場合もある。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CDDP(ショート)+CPT-11療法プロトコル(every 4 weeks)
 day1...8...15... day29
 CPT-11(イリノテカン) 60mg/m² ↓ ↓ ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 60mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イリノテカン シスプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 | 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 | 第8日目 | 第15日目 |
|--|---|----------------------------------|-------|------|------|------|------|-------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B | | | | | | |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | X1B X3A | | | | | | |
| 2) デキサート注 グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | X2A X1B | | | | | | |
| 3) イリノテカン イリノテカン 生食 (持続点滴側管:1.5時間) | 100mg/5mL 40mg/2mL 500mL | X()V X()V X1B | | | | | | |
| 4) イメンドカプセル (内服:day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | X1セット | 125mg | 80mg | 80mg | | | |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | X16錠/日 | | | | | | |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | X0.4A X1A X1B | | | | | | |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL | | | | | | |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | X()V X()V X()V 300mL | | | | | | |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | X1A X1B | | | | | | |
| 10) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B | | | | | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< CPT-11・CDDP投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 CPT-11(イリノテカン)投与量(mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
 イリノテカン:
 ・下痢対策として柴苓湯連日、重曹(1.8g/日、分3食間)、メトクロプラミド錠(3錠/日、分3)、ウルソデオキシコール酸錠(3錠/日、分3)の内服を必要に応じてday1~4に行う。

主治医 薬剤師 薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CDDP(ショート)+PEM+Bevacizumab療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1.....day22
 PEM(ペメトレキセド) 500mg/m² ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 75mg/m² ↓ in→
 Bevacizumab(ベバシズマブ) 15mg/kg ↓

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ペメトレキセド _____ mg
 シスプラチン _____ mg
 ベバシズマブ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--|---|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | ×1B ×3A |
| 3) ペメトレキセド ペメトレキセド ペメトレキセド 生食 (持続点滴側管:10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | ×16錠/日 |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | ×0.4A ×1A ×1B |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | ×()V ×()V ×()V 300mL |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | ×1A ×1B |
| 10) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |
| 11) ベバシズマブBS ベバシズマブBS 生食 (持続点滴側管:1.5時間) | 400mg/16mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 12) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 |
|-------|------|------|------|
| () | () | () | () |
| | | | |
| | | | |
| 125mg | 80mg | 80mg | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< PEM・CDDP・Bevacizumab 投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 PEM(ペメトレキセド)投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

<備考欄>
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
 ・ペメトレキセド投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。②メチコパール注2Aを9週毎に投与。
 ・11)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。
 ・本レジメンは原則最大6コース

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
|-----|-----|-----|

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CDDP(ショート)+PEM療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1.....day22
 PEM(ペメトレキセド) 500mg/m² ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 75mg/m² ↓ in→

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ペメトレキセド シスプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[] [] [] []
 第1日目 第2日目 第3日目 第4日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--|----------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | ×1B ×3A |
| 3) ペメトレキセド ペメトレキセド ペメトレキセド 生食 (持続点滴側管:10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V X1B |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | ×16錠/日 |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | ×0.4A ×1A ×1B |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | ×()V ×()V ×()V 300mL |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | ×1A ×1B |

() () () ()
 [] [] [] []
 125mg 80mg 80mg
 [] [] []
 [] [] []
 [] [] []
 [] [] []
 [] [] []

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約

III. 化学療法剤投与量算出

< PEM・CDDP投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 PEM(ペメトレキセド)投与量(mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。
 ・ペメトレキセド:
 ペメトレキセド投与1週間以上前より①パンプタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。

主治医 薬剤師 薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CDDP(シヨート)+VNB+RT療法プロトコール(every 4 weeks) | | | | |
|--|---------------------|------|---|-------|
| | | day1 | 8 | day29 |
| VNB(ロゼウス) | 20mg/m ² | ↓ | ↓ | next |
| CDDP(シスプラチン) | 80mg/m ² | ↓ | | in→ |

<疾患名>

非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日

<前コースの投与量>

ロゼウス シスプラチン

mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|-------------------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン:用法は 備考参照) | 250mL | X1B |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | × 1B × 3A |
| 3) ロゼウス ロゼウス 生食 (持続点滴側管:5分) | 40mg/4mL 10mg/1mL 50mL | × ()V × ()V X1B |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | × 1セット |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | × 16錠/日 |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | × 0.4A × 1A × 1B |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | × ()V × ()V × ()V 300mL |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | × 1A × 1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 | 第8日目 |
|-------|------|------|------|------|
| () | () | () | () | () |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 125mg | 80mg | 80mg | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< VNB・CDDP 投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長 (cm) 体重 (Kg)

体表面積 (m²)

VNB(ロゼウス)投与量 (mg/body)

= 20mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

CDDP(シスプラチン)投与量 (mg/body)

= 80mg/m² × 体表面積 (m²) × (%)

<備考欄>

- ・1)はルート確保出来たら一度止めて側管開始。側管終了後、残液を全開でフラッシュ。
- ロゼウス:流速遅延により血管痛の発現リスク高まるため、短時間で投与する。
- ・放射線療法と併用
- ・本レジメンは原則最大4コース
- ・day1~3は1000mLの飲水を行う。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CDDP(ショート)+VNB療法プロトコール(every 3 weeks) | | | |
|---------------------------------------|---------------------|--------------------|------|
| | | day1...8.....day22 | |
| VNB(ロゼウス) | 25mg/m ² | ↓ | next |
| CDDP(シスプラチン) | 80mg/m ² | ↓ | in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>
 ロゼウス _____ mg シスプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 | 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 | 第8日目 |
|---|---|--|-------|------|------|------|------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン:用法は 備考参照) | 250mL | X1B | () | () | () | () | () |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | × 1B × 3A | () | () | () | () | () |
| 3) ロゼウス (持続点滴側管:5分) | 40mg/4mL 10mg/1mL 50mL | × () V × () V X1B | () | () | () | () | () |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | × 1セット | 125mg | 80mg | 80mg | () | () |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | × 16錠/日 | () | () | () | () | () |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | × 0.4A × 1A × 1B | () | () | () | () | () |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL | () | () | () | () | () |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | × () V × () V × () V 300mL | () | () | () | () | () |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | × 1A × 1B | () | () | () | () | () |

III. 化学療法剤投与量算出

< VNB・CDDP 投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長 (_____ cm) 体重 (_____ Kg)

体表面積 (_____ m²)

VNB(ロゼウス)投与量 (_____ mg/body)
 = 25mg/m² × 体表面積 (_____ m²) × (_____ %)

CDDP(シスプラチン)投与量 (_____ mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積 (_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ・1)はルート確保出来たら一度止めて側管開始。側管終了後、残液を全開でフラッシュ。
- ロゼウス:流速遅延により血管痛の発現リスク高まるため、短時間で投与する。
- ・本レジメンは原則最大6コース
- ・day1~3は1000mLの飲水を行う。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| () | () | () |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| | | |
|--|----------------------|-----------|
| CDDP(ショート)+VP16+Durvalumab療法プロトコル(every 3 weeks) | | |
| | day1・2・3.....day22 | |
| Durvalumab(イミフィンジ) | 1500mg/body | ↓ next |
| VP16(ベプシド) | 100mg/m ² | ↓ ↓ ↓ in→ |
| CDDP(シスプラチン) | 80mg/m ² | ↓ |

<疾患名>

小細胞肺がん(進展型)

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|--------|------|--------|
| イミフィンジ | ベプシド | シスプラチン |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|---|----------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) イミフィンジ 生食 (持続点滴側管:1時間) | 500mg/10mL 250mL | ×()V X1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mL | ×1B |
| 4) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | ×1B ×3A |
| 4) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 100mL | ×2A X1B |
| 5) ベプシド注 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | ×()V X1B |
| 6) イメンドカプセル (内服:day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 7) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | ×16錠/日 |
| 8) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | ×0.4A ×1A ×1B |
| 9) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 10) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | ×()V ×()V ×()V 300mL |
| 11) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | ×1A ×1B |
| 12) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 |
|-------|------|------|------|
| () | () | () | () |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 125mg | 80mg | 80mg | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

イミフィンジの初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与以降生食の投与時間を30分間に短縮できる。

III. 化学療法剤投与量算出

< Durvalumab・VP16・CDDP投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

Durvalumab(イミフィンジ)投与量(_____ mg/body)

= 1500mg/body × (_____ %)

VP16(ベプシド)投与量(_____ mg/body)

= 100mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)

= 80mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- イミフィンジ:・0.2又は0.22μmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。
- 本レジメンは、化学療法歴のない進展型小細胞肺癌症例に用いられる。
- day1~3は1000mLの飲水を行う。
- 本レジメンは最大4コースまでとする。
- 本レジメン終了後、Durvalumab維持療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| CDDP(ショート)+VP16+RT療法プロトコール(every 4 weeks) | | | |
|---|----------------------|--------------------|------|
| | | day1・2・3.....day29 | |
| VP16(ベブシド) | 100mg/m ² | ↓ ↓ ↓ | next |
| CDDP(シスプラチン) | 80mg/m ² | ↓ | in→ |

<疾患名>

小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

ベブシド _____ mg シスプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|----------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | ×1B |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | ×1B ×3A |
| 2) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 100mL | ×2A ×1B |
| 3) ベブシド注 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | ×()V ×1B |
| 4) イメンドカプセル (内服:day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | ×16錠/日 |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | ×0.4A ×1A ×1B |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | ×()V ×()V ×()V 300mL |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | ×1A ×1B |
| 10) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 |
|-------|------|------|------|
| () | () | () | () |
| () | () | () | () |
| () | () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg | () |
| () | () | () | () |
| () | () | () | () |
| () | () | () | () |

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・CDDP投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

VP16(ベブシド)投与量(_____ mg/body)

= 100mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)

= 80mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

- ・ベブシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること
→JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ・放射線療法と併用
- ・本レジメンは原則最大4コース
- ・day1~3は1000mLの飲水を行う。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CDDP(ショート)+VP16療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1・2・3.....day22
 VP16(ベプシド) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ next
 CDDP(シスプラチン) 80mg/m² ↓ ↓ ↓ in→

<疾患名>
小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ベプシド シスプラチン
 mg mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|----------------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | ×1B |
| 2) パロノセトロン点滴バッグ デキサート注 (持続点滴側管:0.5時間) | 0.75mg/50mL 3.3mg/1mL | ×1B ×3A |
| 2) デキサート注 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL 100mL | ×2A ×1B |
| 3) ベプシド注 5%ブドウ糖 (持続点滴側管:1時間) | 100mg/5mL 500mL | ×()V ×1B |
| 4) イメンドカプセル (内服: day1はシスプラチン投与の1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 5) デカドロン錠 (内服:1日2回 朝・昼食後) | 0.5mg/錠 | ×16錠/日 |
| 6) 硫酸Mg補正液 アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 20mEq/20mL 10mEq/10mL 500mL | ×0.4A ×1A ×1B |
| 7) マンニトールS注射液 (持続点滴側管:0.5時間) | 300mL | 200mL |
| 8) シスプラチン注 シスプラチン注 シスプラチン注 生食 (持続点滴側管:1時間) | 50mg/100mL 25mg/50mL 10mg/20mL 500mL | ×()V ×()V ×()V 300mL |
| 9) アスパラカリウム注 ソルデム1 (持続点滴側管:1時間) | 10mEq/10mL 500mL | ×1A ×1B |
| 10) 生食 (持続点滴側管:全開で フラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 |
|-------|------|------|------|
| () | () | () | () |
| | | | |
| | | | |
| 125mg | 80mg | 80mg | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< VP16・CDDP投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 VP16(ベプシド)投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CDDP(シスプラチン)投与量(mg/body)
 = 80mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・ベプシド:DEHPフリーの専用ルートで投与すること
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・放射線療法と併用する場合もある。
 ・day1~3は1000mLの飲水を行う。

主治医 薬剤師 薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

CPT-11療法(肺がん)プロトコール(every 4 weeks)
 day1...8...15... day29
 CPT-11(イリノテカン) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ next in→

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イリノテカン
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | 第1日目 | 第8日目 | 第15日目 |
|-----|------|------|-------|
| () | () | () | () |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | × 1B |
| 2) デキサート注 グラネセロン点滴バッグ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 3) イリノテカン イリノテカン 生食 (持続点滴側管: 1.5時間) | 100mg/5mL 40mg/2mL 500mL | × ()V × ()V × 1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

III. 化学療法剤投与量算出

<CPT-11投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 CPT-11(イリノテカン)投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 イリノテカン:
 ・下痢対策として柴苓湯連日、重曹(1.8g/日、分3食間)、メクロプラミド錠(3錠/日、分3)、ウルソデオキシコール酸錠(3錠/日、分3)の内服を必要に応じてday1~4に行う。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| DTX+サイラムザ療法 プロトコール(every 3 weeks) | | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------|-------|
| | | day1..... | day22 |
| RAM(サイラムザ) | 10mg/kg | ↓ | next |
| DTX(ワンタキソテール) | 60mg/m ² | ↓ | in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 _____ 月 _____ 日

<前コースの投与量>
 サイラムザ _____ mg ワンタキソテール _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-----------------------------------|------------|------------------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) レスタミンコーワ錠 (内服: サイラムザ開始30分前に服用) | 10mg | × 5錠 |
| 3) デキサート (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL | × 4A |
| グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3mg/100mL | × 1B |
| 4) サイラムザ (持続点滴側管: 1時間) | 500mg/50mL | × ()V |
| サイラムザ | 100mg/10mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B(生理食塩液に添加して約250mL) |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |
| 6) ワンタキソテール (持続点滴側管: 1時間) | 80mg/4mL | × ()V |
| ワンタキソテール | 20mg/1mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約250mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<RAM・DTX投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

RAM(サイラムザ)投与量(_____ mg/body)
 10mg/kg × (_____ %)

DTX(ワンタキソテール)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

サイラムザ:
 ・初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。
 ・蛋白質透過型のフィルター(0.2又は0.22ミクロン)を使用する。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| DTX療法(肺がん)プロトコール(every 3 weeks) | |
| DTX(ワンタキソテール) 60mg/m ² ↓ | day1.....day22 next in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 _____ 月 _____ 日

<前コースの投与量>
 ワンタキソテール _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | × 1B |
| 2) デキサート グラニセトロン点滴バッグ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 4A × 1B |
| 3) ワンタキソテール ワンタキソテール 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 80mg/4mL 20mg/1mL 250mL | × ()V × ()V × 1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

III. 化学療法剤投与量算出

<DTX投与量>

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

DTX(ワンタキソテール)投与量(_____ mg/body)
 = 60mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Durvalumab+Tremelimumab+nab-PTX+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1・・・8・・・15・・・day22
 Tremelimumab(イジユド) 75mg/body ↓ next
 Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/body ↓ in→
 nab-PTX(アブラキサン) 100mg/m² ↓ ↓ ↓
 CBDCA(カルボプラチン) AUC6 ↓

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イミフィンジ mg イジユド mg アブラキサン mg カルボプラチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 | 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第8日目 | 第15日目 |
|---|---|--------------------------------|-------|------|------|------|-------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はアブラキサン投与開始1~1.5時間前に服用) | | ×1セット | 125mg | 80mg | 80mg | | |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B | | | | | |
| 3) イジユド 生食 (持続点滴メイン: 1時間) | 25mg/1.25mL 250mL | ×()V ×1B | | | | | |
| 4) 生食 (持続点滴メイン: 1時間) | 50mL | X1B | | | | | |
| 5) イミフィンジ 生食 (持続点滴メイン: 1時間) | 500mg/10mL 250mL | ×()V ×1B | | | | | |
| 6) 生食 (持続点滴メイン: 1時間) | 50mL | X1B | | | | | |
| 7) デキサート注 パロノセトロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 0.75mg/50mL | ×2A X1B | | | | | |
| 8) アブラキサン 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg 100mL | ×()V ×1B | | | | | |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | X1B | | | | | |
| 10) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B | | | | | |
| 11) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | X1B | | | | | |

イジユド: 初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与以降生食の投与を省略できる。

イミフィンジ: 初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与以降生食の投与時間を30分間に短縮できる。

アブラキサン:
1Vあたり20mLの生食で溶解。残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

III. 化学療法剤投与量算出

< Tremelimumab・Durvalumab・nab-PTX・CBDCA投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Tremelimumab(イジユド)投与量(mg/body)
 = 75mg/body × () %
 Durvalumab(イミフィンジ)投与量(mg/body)
 = 1500mg/body × () %
 nab-PTX(アブラキサン)投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × () %
 CBDCA(カルボプラチン)投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × () %

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。(輸液ライン)
 ・イジユド、イミフィンジ: 無菌の蛋白結合性の低い0.2又は0.22 μmインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 アブラキサン:
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する。
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要
 ・溶解後に生食で希釈しない
 ・フィルター付きルートを使用しない
 ・アレルギーが出た場合、次回コースよりパクリタキセルに準じて、レスタミンコーワ錠10mg×5錠、ファモチジン注×1Aを前投薬として追加する。
 ・本レジメンは原則4コースまで実施される。
 ・本レジメン終了後、(維持療法期①)Durvalumab+Tremelimumab療法へ移行する。

主治医 薬剤師 薬剤師

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Durvalumab維持療法プロトコル(every 4 weeks) | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Durvalumab(イミフィンジ) 1500mg/day | day1..... 29 ↓ next in→ |

<疾患名>
小細胞肺癌(進展型)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 イミフィンジ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|----------------------------------|---------------------|----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) イミフィンジ 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 500mg/10mL 250mL | × ()V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目
 ()

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

III. 化学療法剤投与量算出

| <Durvalumab投与量> | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ) | |
| 身長(cm) | 体重(Kg) |
| 体表面積(m ²) | |
| Durvalumab(イミフィンジ)投与量(mg/body) | |
| = 1500mg/body × (%) | |

| <備考欄> |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg × 1錠、カロナール錠200mg × 3錠をイミフィンジ投与30分~1時間前に内服する。 ・0.2又は0.22 μ mインラインフィルター(ポリエーテルスルホン製)を使用すること。 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす) ・本レジメンは、白金系抗悪性腫瘍剤とVP16及びDurvalumab併用療法実施後に施行される。 |

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

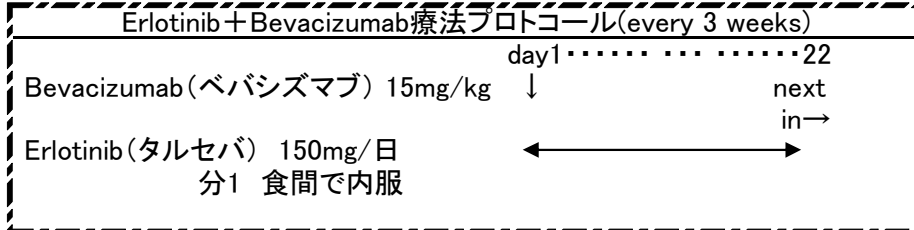
| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED



<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ベバシズマブ mg タルセバ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-------------------------|------------|-----------------------|
| 1) 生食 (持続点滴: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 2) ベバシズマブBS | 400mg/16mL | x ()V |
| ベバシズマブBS | 100mg/4mL | x ()V |
| 生食 (持続点滴: 1.5時間) | 100mL | X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 3) 生食 (持続点滴: 全開でフラッシュ用) | 50mL | X1B |

第1日目
 ([])

[]

[]

[]

[]

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

タルセバ 150mg X(錠)/日
 or タルセバ 100mg X(錠)/日
 or タルセバ 25mg X(錠)/日 (分1 食間で内服)

III. 化学療法剤投与量算出

<Bevacizumab・Erlotinib 投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(mg/body)
 = 15mg/kg × (%)
 Erlotinib(タルセバ)投与量(mg/body)
 = 150mg/body × (%)

<備考欄>
 ・2)は初回投与の忍容性が良好であれば、2回目の投与は60分間で行っても良い。
 2回目の投与においても忍容性が良好であれば、それ以降の投与は30分間投与とすることができる。
 タルセバ:
 ・食事の影響を避けるため食事の1時間前~食後2時間までの間の服用は避けること。
 ・減量は150mg/日→100mg/日→50mg/日

主治医
 []

薬剤師
 []

薬剤師
 []

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

GEM療法(肺がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....8..... day22
 GEM(ゲムシタビン) 1000mg/m² ↓ ↓ next in→

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日 _____
 <前コースの投与量>
 ゲムシタビン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | |
|------|------|
| | |
| 第1日目 | 第8日目 |
| () | () |
| | |
| | |
| | |
| | |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート グラニセトロン点滴バック 3mg/100mL (持続点滴側管:0.5時間) | 3.3mg/1mL | × 2A X1B |
| 3) ゲムシタビン ゲムシタビン 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 1000mg 200mg 100mL | ×()V ×()V X1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | × 1B |

III. 化学療法剤投与量算出

< GEM投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 GEM(ゲムシタビン)投与量(_____ mg/body)
 = 1000mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

nab-PTX+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1...8...15...day22
 nab-PTX(アブラキサン) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ next
 CBDCA(カルボプラチン) AUC6 ↓ in→

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 アブラキサン mg
 カルボプラチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目 第8日目 第15日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-----------------------------|------------|--------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 2) デキサート注 | 3.3mg/1mL | × 2A |
| グラニセトン点滴パック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3mg/100mL | X1B |
| 3) アブラキサン | 100mg | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mL | × 1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |
| 5) カルボプラチン注 | 450mg/45mL | × ()V |
| カルボプラチン注 | 150mg/15mL | × ()V |
| カルボプラチン注 | 50mg/5mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 250mL | × 1B |
| 6) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |

| | | |
|-----|-----|-----|
| () | () | () |
| () | () | () |
| () | () | () |
| () | () | () |
| () | () | () |
| () | () | () |

アブラキサン:
 1Vあたり20mLの生食で溶解。残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

III. 化学療法剤投与量算出

< nab-PTX・CBDCA投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 nab-PTX(アブラキサン) 投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>
 ・本レジメンは原則最大8コース
 アブラキサン:
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する。
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要
 ・溶解後に生食で希釈しない
 ・フィルター付きルートを使用しない
 ・アレルギーが出た場合、次回コースよりパクリタキセルに準じて、レスタミンコーワ錠10mg×5錠、ファモチジン注×1Aを前投薬として追加する。

主治医 薬剤師 薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab+Ipilimumab療法+CBDCA+PEM療法プロトコル(every 6 weeks)

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------|------|-------|----|-------|----|------|
| | | day1 | | 22 | | 43 | |
| Nivolumab(オプジーボ) | 360mg/body | ↓ | | ↓ | | | next |
| Ipilimumab(ヤーボイ) | 1mg/kg | ↓ | | | | | in→ |
| PEM(ペトレキセド) | 500mg/m ² | ↓ | | ↓ | | | |
| CBDCA(カルボプラチン) | AUC5~6 | ↓ | | ↓ | | | |

<疾患名>
 非小細胞肺癌
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 _____ 月 _____ 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ _____ mg ヤーボイ _____ mg ペトレキセド _____ mg カルボプラチン _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|--------------------------------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1、22はペトレキセド開始1~1.5時間前に投与) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | ×1B |
| 3) オプジーボ オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 240mg/24mL 120mg/12mL 50mL | ×()V ×()V ×1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 50mL | ×1B |
| 5) ヤーボイ ヤーボイ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 50mg/10mL 20mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×30mL |
| 6) デキサート注 パロノセトロン点滴バッグ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 0.75mg/50mL | ×2A ×1B |
| 7) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 8) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第22日目 | 第23日目 | 第24日目 |
|-------|------|------|-------|-------|-------|
| 125mg | 80mg | 80mg | 125mg | 80mg | 80mg |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・Ipilimumab・PEM・CBDCA投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ) 投与量(_____ mg/body)
 = 360mg/body × (_____ %)
 Ipilimumab(ヤーボイ) 投与量(_____ mg/body)
 = 1mg/kg × (_____ %)
 PEM(ペトレキセド) 投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)
 CBDCA(カルボプラチン) 投与量(_____ mg/body)
 = [CCr(_____)+25] × AUC5~6 × (_____ %)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠 10mg × 1錠、カロナール錠200mg × 3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 (輸液ライン)
 ・オプジーボ: インラインフィルター(0.2~0.22 μm)を使用すること。
 ・ヤーボイ: 0.2~1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・本レジメンは初回のみ行われ、施行後、Nivolumab+Ipilimumab療法(肺がん)に移行する。
 ・ペトレキセド: ペトレキセド投与1週間以上前より①パパンビタン末1g連日内服、②メチコパール注2Aを9週毎に投与。

主治医

薬剤師

薬剤師

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab+Ipilimumab療法(肺がん)プロトコール(every 6 weeks)
 day1.....22.....43
 Nivolumab(オプジーボ) 360mg/body ↓ ↓ next
 Ipilimumab(ヤーボイ) 1mg/kg ↓ ↓ in→

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ _____ mg
 ヤーボイ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-------------------------------|------------|--------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) オプジーボ | 240mg/24mL | × ()V |
| オプジーボ | 120mg/12mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 50mL | × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 50mL | × 1B |
| 4) ヤーボイ | 50mg/10mL | × ()V |
| ヤーボイ | 20mg/4mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mL | 30mL |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| 第1日目 | 第22日目 |
|------|-------|
| () | () |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab・Ipilimumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(_____ mg/body)
 = 360mg/body × (_____ %)
 Ipilimumab(ヤーボイ)投与量(_____ mg/body)
 = 1mg/kg × (_____ %)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 (輸液セット)
 ・オプジーボ: インラインフィルター(0.2~0.22μm)を使用すること。
 ・ヤーボイ: 0.2~1.2ミクロンのメンブランフィルターを用いたインラインフィルターを通して投与すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医 _____ 薬剤師 _____ 薬剤師 _____

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nivolumab療法(肺がん)プロトコール(every 2 weeks)
 day1.....15
 ↓ next in→
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body

<疾患名>
 非小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 オプジーボ
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

[]

[]

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) オプジーボ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 240mg/24mL 50mL | × () V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

[]

[]

[]

[]

III. 化学療法剤投与量算出

<Nivolumab投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nivolumab(オプジーボ)投与量(mg/body)
 = 240mg/body × (%)

<備考欄>
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をオプジーボ投与1時間前に内服する。
 ・インラインフィルター(0.2~0.22 μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Nogitecan療法プロトコール(every 3 weeks)
 day1 2 3 4 5..... day22
 ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ next in→
 Nogitecan(ハイカムチン) 1mg/m²

<疾患名>
小細胞肺がん
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ハイカムチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|------------------------------------|----------------|--------------|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン:ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) グラニセトン点滴バック (持続点滴側管:0.5時間) | 3mg/100mL | X1B |
| 3) ハイカムチン注 生食 (持続点滴側管:0.5時間) | 1.1mg 100mL | ×()V X1B |
| 4) 生食 (持続点滴側管:全開でフラッシュ用) | 50mL | ×1B |

| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第4日目 | 第5日目 |
|------|------|------|------|------|
| () | () | () | () | () |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< Nogitecan投与量 >
前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Nogitecan(ハイカムチン)投与量(mg/body)
 = 1mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ハイカムチン:
 ・1段階減量0.8mg/m²/日、1段階増量1.2mg/m²/日

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| PEM＋Bevacizumab療法プロトコール(every 3 weeks) | | |
|--|----------------------|--------|
| | day1 | day22 |
| PEM(ペトレキセド) | 500mg/m ² | ↓ next |
| Bevacizumab(ベバシズマブ) | 15mg/kg | ↓ in→ |

＜疾患名＞
 非小細胞肺癌

告知 あり なし

＜前コースの化学療法開始日＞ _____ 年 月 日

＜前コースの投与量＞
 ペトレキセド _____ mg
 ベバシズマブ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項（記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|--|---|
| 1) ソルデム3A (持続点滴メイン: ルート確保用) | 200mL | X1B |
| 2) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A X1B |
| 3) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | × () V × () V × () V X1B |
| 4) ベバシズマブBS ベバシズマブBS 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 400mg/16mL 100mg/4mL 100mL | × () V × () V X1B(生理食塩液に添加して約100mL) |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| |
|--|
| |
|--|

第1日目

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

＜ PEM・Bevacizumab 投与量 ＞

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)

PEM(ペトレキセド)投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

Bevacizumab(ベバシズマブ)投与量(_____ mg/body)
 = 15mg/kg × (_____ %)

＜備考欄＞

- ・本レジメンは原則CDDP(ショート)＋PEM＋Bevacizumab療法を施行後に行う。
- ・4)は抗がん剤と併用療法時の忍容性があれば、引き続き点滴時間を0.5時間とすることが出来る。
- ・ペトレキセド投与1週間以上前より①パンピタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

Pembrolizumab+nab-PTX+CBDCA療法プロトコル(every 3 weeks)
 day1・・・8・・・15・・・day22
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body ↓ next
 nab-PTX(アブラキサン) 100mg/m² ↓ ↓ ↓ in→
 CBDCA(カルボプラチン) AUC6 ↓

<疾患名>
 非小細胞肺癌(扁平上皮がん)
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 キイトルーダ mg アブラキサン mg カルボプラチン mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | | | | |
|------|------|------|------|-------|
| | | | | |
| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 | 第8日目 | 第15日目 |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--|---|--------------------------------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はアブラキサン投与開始1~1.5時間前に服用) | | ×1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 3) キイトルーダ 生食 (持続点滴メイン: 0.5時間) | 100mg/4mL 100mL | ×()V ×1B |
| 4) 生食 (持続点滴メイン: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |
| 5) デキサート注 グラニセトロン点滴パッ (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | ×2A X1B |
| 6) アブラキサン 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg 100mL | ×()V ×1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |
| 8) カルボプラチン注 カルボプラチン注 カルボプラチン注 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | ×()V ×()V ×()V ×1B |
| 9) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | X1B |

| | | | | |
|-------|------|------|-----|-----|
| () | () | () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

アブラキサン:
 1Vあたり20mLの生食で溶解。残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

III. 化学療法剤投与量算出

< Pembrolizumab+nab-PTX+CBDCA投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 投与量(mg/body)
 = 200mg/body × (%)
 nab-PTX(アブラキサン) 投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)
 CBDCA(カルボプラチン) 投与量(mg/body)
 = [CCr()+25] × AUC6 × (%)

<備考欄>
 キイトルーダ:
 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
 ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
 アブラキサン:
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する。
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要
 ・溶解後に生食で希釈しない
 ・フィルター付きルートを使用しない
 ・アレルギーが出た場合、次回コースよりパクリタキセルに準じて、レスタミンコーワ錠10mg×5錠、ファモチジン注×1Aを前投薬として追加する。
 ・本レジメンは原則最大4コース
 ・本レジメン終了後、Pembrolizumab療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
|-----|-----|-----|

* Dr. が二重線の枠内を記入して 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Pembrolizumab+PEM+CBDCA療法プロトコール(every 3 weeks) | | |
|--|-----------|-------|
| | day1..... | day22 |
| Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body | ↓ | next |
| PEM(ペトレキセド) 500mg/m ² | ↓ | in→ |
| CBDCA(カルボプラチン) AUC5 | ↓ | |

<疾患名>

非小細胞肺癌(非扁平上皮がん)

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>

| | | |
|--------|--------|---------|
| キイトルーダ | ペトレキセド | カルボプラチン |
| mg | mg | mg |

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|---------------------------------------|
| 1) イメンドカプセル (内服: day1はペトレキセド開始1~1.5時間前に投与) | | × 1セット |
| 2) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 3) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg/4mL 100mL | × () V X1B |
| 4) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 5) ペトレキセド ペトレキセド ペトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | × () V × () V × () V X1B |
| 6) カルボプラチン カルボプラチン カルボプラチン 生食 (持続点滴側管: 1時間) | 450mg/45mL 150mg/15mL 50mg/5mL 250mL | × () V × () V × () V × 1B |
| 7) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| | | |
|-------|------|------|
| 第1日目 | 第2日目 | 第3日目 |
| () | () | () |
| 125mg | 80mg | 80mg |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< Pembrolizumab・PEM・CBDCA投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)

体表面積(_____ m²)

Pembrolizumab(キイトルーダ) 投与量(_____ mg/body)
= 200mg/body × (_____ %)

PEM(ペトレキセド) 投与量(_____ mg/body)
= 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

CBDCA(カルボプラチン) 投与量(_____ mg/body)
= [CCr(_____)+25] × AUC5 × (_____ %)

<備考欄>

- キイトルーダ: インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
- インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ペトレキセド: 投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。
- ②メチコバル注2Aを9週毎に投与。
- 本レジメンは原則最大4コース
- 本レジメン終了後、Pembrolizumab+PEM療法へ移行する。

| | | |
|-----|-----|-----|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| | | |

* Dr. が二重線の枠内を記入して 開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| Pembrolizumab＋PEM療法プロトコール(every 3 weeks) | | |
|--|------|------------|
| | day1 |day22 |
| Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body | ↓ | next |
| PEM(ペムトレキセド) 500mg/m ² | ↓ | in→ |

＜疾患名＞

非小細胞肺がん(非扁平上皮がん)

告知 あり なし

＜前コースの化学療法開始日＞ 年 月 日

＜前コースの投与量＞

キイトルーダ mg ペムトレキセド mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項（記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する）

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---|--|---|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | X1B |
| 2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg/4mL 100mL | ×(<input type="text"/>)V X1B |
| 3) デキサート注 グラニセロン点滴バック (持続点滴側管: 0.5時間) | 3.3mg/1mL 3mg/100mL | × 2A × 1B |
| 4) ペムトレキセド ペムトレキセド ペムトレキセド 生食 (持続点滴側管: 10分) | 800mg/32mL 500mg/20mL 100mg/4mL 100mL | ×(<input type="text"/>)V ×(<input type="text"/>)V ×(<input type="text"/>)V X1B |
| 5) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

第1日目

| |
|--------------------------|
| (<input type="text"/>) |
|--------------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

＜Pembrolizumab・PEM 投与量＞

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(cm) 体重(Kg)

体表面積(m²)

Pembrolizumab(キイトルーダ) 投与量(mg/body)

= 200mg/body × (%)

PEM(ペムトレキセド) 投与量(mg/body)

= 500mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

＜備考欄＞

- キイトルーダ: インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。
- インラインフィルター(0.2～5μm)を使用すること。
- JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす)
- ペムトレキセド: 投与1週間以上前より①パンプタン末1g連日内服。②メチコパール注2Aを9週毎に投与。
- 本レジメンはPembrolizumab＋PEM＋CBDCA療法施行後に行われる。
- 本レジメンはPembrolizumab＋PEM＋CBDCA療法と合わせて、最大35コース(本レジメンでは最大31コース)行われる。

| |
|----------------------|
| 主治医 |
| <input type="text"/> |

| |
|----------------------|
| 薬剤師 |
| <input type="text"/> |

| |
|----------------------|
| 薬剤師 |
| <input type="text"/> |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
開始前日10:30までに薬局へ提出してください

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| | |
|---|--------------------------------|
| Pembrolizumab療法(肺がん)プロトコール(every 3 weeks) | |
| Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body | day1 22 ↓ next in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日

<前コースの投与量>
 キイトルーダ _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

第1日目

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1) 生食 (持続点滴メイン: ルート確保用) | 100mL | × 1B |
| 2) キイトルーダ 生食 (持続点滴側管: 0.5時間) | 100mg/4mL 100mL | × () V × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴側管: 全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

III. 化学療法剤投与量算出

| | |
|--|--------------------|
| < Pembrolizumab 投与量 > | |
| <input type="checkbox"/> 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ) | |
| 身長(cm) | 体重(Kg) |
| 体表面積(m ²) | |
| Pembrolizumab(キイトルーダ) 投与量(mg/body) | |
| = 200mg/body × (%) | |

| |
|---|
| <備考欄> |
| ・インフュージョンリアクションを起こした場合、次回コースよりタリオン錠10mg×1錠、カロナール錠200mg×3錠をキイトルーダ投与1時間前に内服する。 ・インラインフィルター(0.2~5μm)を使用すること。 →JMS輸液セット:PVCフリーで可(上記条件を満たす) ※Pembrolizumab+nab-PTX+CBDCA療法から移行してきた場合は原則最大31コースまで。 |

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して
 開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

| | |
|------|----------------------|
| 患者ID | @PATIENTID |
| 生年月日 | @PATIENTBIRTH3 |
| 患者氏名 | @PATIENTNAME |
| 性別 | @PATIENTSEXN |
| 年齢 | @PATIENTAGEFORMATTED |

| PEM療法プロトコール(every 3 weeks) | | |
|----------------------------|--------|---------------------------------|
| PEM(ペムレキセド) | 500mg/ | day1.....day22 ↓ next in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺癌
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ペムレキセド _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| |
|--|
| |
|--|

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|-----------------------------|------------|--------|
| 1) デキサート注 | 3.3mg/1mL | × 2A |
| グラニセトロン点滴バツ (持続点滴:0.5時間) | 3mg/100mL | × 1B |
| 2) ペムレキセド | 800mg/32mL | × ()V |
| ペムレキセド | 500mg/20mL | × ()V |
| ペムレキセド | 100mg/4mL | × ()V |
| 生食 (持続点滴:10分) | 100mL | × 1B |
| 3) 生食 (持続点滴:全開で フラッシュ用) | 50mL | × 1B |

| |
|--|
| |
|--|

第1日目
 ()

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

必要量を注射筒で抜き取り、日局生理食塩液に添加して約100mLとする。

III. 化学療法剤投与量算出

< PEM投与量 >
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)
 PEM(ペムレキセド)投与量(_____ mg/body)
 = 500mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 ・ペムレキセド投与1週間以上前より①パンビタン末1g連日内服。②メチコバル注2Aを9週毎に投与。

| |
|-----|
| 主治医 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

| |
|-----|
| 薬剤師 |
| |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

VNB療法プロトコール(every 3 weeks)

| | | | | | |
|-----------|---------------------|-------|---|-------|----------|
| | day1 | | 8 | | day22 |
| VNB(ロゼウス) | 25mg/m ² | | ↓ | ↓ | next in→ |

<疾患名>
 非小細胞肺がん

告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> _____ 年 月 日
 <前コースの投与量>
 ロゼウス _____ mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| 第1日目 | 第8日目 |
| () | () |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|---------------------|----------|-------|
| 1) 生食 | 250mL | X1B |
| (持続点滴メイン:用法は備考欄を参照) | | |
| 2) ロゼウス | 40mg/4mL | ×()V |
| ロゼウス | 10mg/1mL | ×()V |
| 生食 | 50mL | X1B |
| (持続点滴側管:3分) | | |

III. 化学療法剤投与量算出

< VNB投与量 >

前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)

身長(_____ cm) 体重(_____ Kg)
 体表面積(_____ m²)

VNB(ロゼウス)投与量(_____ mg/body)
 = 25mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>

・1)はルート確保出来たら一度止めて側管開始。側管終了後、残液を全開でフラッシュ。

ロゼウス:流速遅延により血管痛の発現リスク高まるため、短時間で投与する。

| | | |
|-------|-------|-------|
| 主治医 | 薬剤師 | 薬剤師 |
| _____ | _____ | _____ |

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。

I. 基本情報

患者ID @PATIENTID
 生年月日 @PATIENTBIRTH3
 患者氏名 @PATIENTNAME
 性別 @PATIENTSEXXN
 年齢 @PATIENTAGEFORMATTED

weekly_nab-PTX療法(肺がん)プロトコール(every 3 weeks)
 day1.....8.....15.....22
 nab-PTX(アブラキサン)100mg/m² ↓ ↓ ↓ next in→

<疾患名>
 非小細胞肺がん (進行・再発)
告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> 年 月 日
 <前コースの投与量>
 アブラキサン
 mg

II. 化学療法実施過程

* 投与日当日のチェック事項 (記載のない場合はDr. に確認を行った後、薬局3689に連絡する)

第1日目 第8日目 第15日目

() () ()

アブラキサン:
 1Vあたり20mLの生食で溶解、残りの生食は破棄し、空ボトルに必要採取量を入れる。懸濁液中に不溶物がないか目視で確認する。

| 薬剤名 | 規格 | 数量 |
|--------------------------------|-------------|------------|
| 1) グラニセトン点滴バッグ (持続点滴メイン:0.5時間) | 3mg/100mL | X 1B |
| 2) アブラキサン 生食 (持続点滴メイン:0.5時間) | 100mg 100mL | x ()V X1B |
| 3) 生食 (持続点滴メイン:全開でフラッシュ用) | 50mL | x 1B |

III. 化学療法剤投与量算出

<nab-PTX投与量>
 前コースと投与量同じ(2コース目以降のみ)
 身長(cm) 体重(Kg)
 体表面積(m²)
 nab-PTX(アブラキサン)投与量(mg/body)
 = 100mg/m² × 体表面積(m²) × (%)

<備考欄>
 ・一段階減量75mg/m²、二段階減量50mg/m²
 ・溶解後に生食で希釈しない
 ・フィルター付きルートを使用しない
 ・血液製剤のため、投与時に特定生物由来製剤伝票にシールを貼付する
 ・特定生物由来製剤のため、同意書必要
 ・アレルギーが出た場合、次回コースよりパクリタキセルに準じてレスタミンコーワ錠10mg×5錠、ファモチジン注×1Aを前投薬として投与する。

主治医

薬剤師

薬剤師

* Dr. が二重線の枠内を記入して開始前日10:30までに薬局へ提出してください。