

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(悪性胸膜中皮腫)プロトコール(every 4 weeks)
 day1.....29
 ↓ next in→
 Nivolumab(オプジーボ) 480mg/body

<疾患名>
悪性胸膜中皮腫
 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 X1B
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

Nivolumab+Ipilimumab療法(悪性胸膜中皮腫)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>
悪性胸膜中皮腫
 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

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(悪性胸膜中皮腫)プロトコール(every 2 weeks)
 day1.....15
 ↓ next in→
 Nivolumab(オプジーボ) 240mg/body

<疾患名>
悪性胸膜中皮腫
 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

PEM+CBDCAプロトコール(every 3 weeks)
 day1..... 22
 PEM(ペムレキセド) 500mg/m² ↓ ↓ next
 CBDCA(カルボプラチン) AUC 5 ↓ ↓

<疾患名>
 悪性胸膜中皮腫

 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
 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) 生食 (メインルートより)	500mL	X1B
2) グラニセロン点滴バッグ デキサート	3mg/100mL 3.3mg/1mL	× 1B × 2A
3) 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	100mL	X1B
(側管より: 持続点滴: 10分)		
4) カルボプラチン	450mg/45mL	× () V
カルボプラチン	150mg/15mL	× () V
カルボプラチン	50mg/5mL	× () V
生食	250mL	X1B
(側管より: ペムレキセド投与終了後30分あけて 持続点滴: 2時		

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+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) 実測値CCr (mL/min)
 PEM(ペムレキセド)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>
 ・ペムレキセド投与終了後、30分あけてカルボプラチンを開始する。
 ・化療前日(day0)と化療日翌日(day2)に生食1Lを投与する。
 ・ペムレキセド初回投与1週間前にメチコバル2A、パンビタン末1gを開始する。(メチコバルは9週間毎に投与)

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

PEM+CDDPプロトコル(every 3 weeks)
 day1..... 22
 ↓ ↓ next
 PEM(ペムレキセド) 500mg/m²
 CDDP(シスプラチン) 75mg/m²

<疾患名>
 悪性胸膜中皮腫

 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
 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

薬剤名	規格	数量
1) 生食 (メインルートより)	1000mL	X2B
2) グラニセロン点滴バッグ デキサート	3mg/100mL 3.3mg/1mL	× 1B × 2A
3) 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	100mL	X1B
(側管より: 持続点滴: 10分)		
4) シスプラチン	50mg/100mL	× () V
シスプラチン	25mg/50mL	× () V
シスプラチン	10mg/20mL	× () V
生食	500mL	X1B
(側管より: ペムレキセド投与終了後30分あけて 持続点滴: 2		

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 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) × (_____ %)
 CDDP(シスプラチン)投与量(_____ mg/body)
 = 75mg/m² × 体表面積(_____ m²) × (_____ %)

<備考欄>
 ・ペムレキセド投与終了後、30分あけてシスプラチンを開始する。
 ・化療前日(day0)と化療日翌日(day2)に生食1Lを投与する。
 ・ペムレキセド初回投与の1週間前にメチコバル 2A、パンビタン末1gを開始する。(メチコバルは9週間毎に投与)

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

PEM療法(悪性胸膜中皮腫)プロトコール(every 3 weeks)
 PEM(ペムレキセド) 500mg/m² day1.....day22
 ↓ next in→

<疾患名>
悪性胸膜中皮腫
 告知 あり なし

<前コースの化学療法開始日> ー 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)

ー

ー

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パック (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	100mL	× 1B
(持続点滴:10分)		
3) 生食	50mL	× 1B
(持続点滴:全開で フラッシュ用)		

第1日目
 ()

ー

ー

ー

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
 ー

薬剤師
 ー

薬剤師
 ー

* 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。