

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

(3_weeks):Pembrolizumab療法(MSI-High腫瘍)プロトコール(every 3 weeks)
 day1 22
 ↓ next in→
 Pembrolizumab(キイトルーダ) 200mg/body

<疾患名>
 MSI-High固形癌
 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>
 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>
 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 × (%)

<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)

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。

