

抗悪性腫瘍薬等レジメン登録用紙 兼 治療計画票

患者番号

患者氏名

性別

生年月日

身長: _____ cm 体重: _____ kg
体表面積: _____ m²

*レジメンコード: - - *登録日: 年 月 日

申請日: _____
診療科: _____申請医師: _____
レジメン名: (全)Nivolumab(隔週)(共通)
レジメン推奨グレード: A
疾患名: _____

担当医: _____
病期: _____
術前・術後・再発・手術不能・その他() (いずれかに○)
レジメン開始予定日: 年 月 日

レジメン概要[1サイクル(休薬日を含む)のスケジュールを下に図示] 治療期間: ()サイクル(未定の場合は記入しない)



1サイクル: 14日間

※悪性黒色腫、食道癌、尿路上皮癌における術後補助療法の投与期間は12か月間までとする

前投薬(薬品名)		投与量	単位 (mg等)	手技・ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)		
なし								
Day	投与順序	レジメン内容(薬品名)	基準値		投与量 (mg等)	手技・ルート	投与速度 (mL/hr等)	備考 (内服薬の用法等)
			下限値	上限値				
1	1	生理食塩液50mL		50	mL	点滴静注	200mL/hr	ルート確保
	2	Opdivo 生理食塩液100mL		240	mg/body	点滴静注	30分	体重30kg未満の患者には総液量を100mL以下とする
	3	生理食塩液50mL		50	mL	点滴静注	全開	ルートフラッシュ用
フィルターについての記載						催吐リスク分類		
Opdivo投与時インラインフィルター0.2または0.22 μmを使用すること						最小催吐性リスク		
輸液セット・カテーテルについての記載								

注: 用紙が足りない場合は裏面を利用 (裏面に記入例あり) *黄色の欄は薬剤部にて記入 *赤枠の欄はレジメン登録時記載不要
山口大学医学部附属病院