

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: _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療科: _____ 申請医師: _____

レジメン名:(食道)Nivolumab(2週毎)+Ipilimumab(共通)(1670)

レジメン推奨グレード: _____

疾患名: _____ 根治切除不能な進行・再発の食道癌

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)

	day1	day15	day29	day30~42
オプジーボ(240mg/body)	↓	↓	↓	休薬
ヤーボイ(1mg/kg)	↓			

1クール6週間

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)		
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		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		プライミング用
		オプジーボ	240	mg	240mg	点滴静注	30分	総液量は体重30kg以上の患者には150mL以下、体重30kg未満の患者には100mL以下とする。
		生理食塩水	100	mL	100mL	点滴静注		
		生理食塩水	50	mL	50mL	点滴静注		フラッシュ用
		ヤーボイ	1	mg/kg	1mg/kg	点滴静注	30分	1~4mg/mLの濃度に希釈
		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		フラッシュ用
15		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		プライミング用
		オプジーボ	240	mg	240mg	点滴静注	30分	総液量は体重30kg以上の患者には150mL以下、体重30kg未満の患者には100mL以下とする。
		生理食塩水	100	mL	100mL	点滴静注		
		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		フラッシュ用
29		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		プライミング用
		オプジーボ	240	mg	240mg	点滴静注	30分	総液量は体重30kg以上の患者には150mL以下、体重30kg未満の患者には100mL以下とする。
		生理食塩水	100	mL	100mL	点滴静注		
		生理食塩水	50	mL	50ml	点滴静注		フラッシュ用
30-42		休薬						
フィルターについての記載						催吐リスク分類		
・ヤーボイ投与時: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。 ・オプジーボ投与時:インラインフィルター(0.2又は0.22μm)を使用すること。						最小度		
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