【No.87】 TMZ+IFNβ+Bmab療法

病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ID ＿＿＿＿＿－＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（　才）（男・女） ※化学療法承諾書要作成

身長＿＿＿＿cm 体重＿＿＿＿kg 体表面積＿＿＿＿＿㎡ PS 0・1・2・3・4

＿＿＿＿＿＿科 主治医＿＿＿＿＿＿ 治療ライン＿＿次治療 服薬指導 依頼する・不要

HBs抗原(+)→HBV DNA(　),HBs抗原(-)→HBc抗体(　)HBs抗体(　) 確認医(科長)＿＿＿

大きな手術を行った場合、少なくとも28日間経過したことを確認した上でアバスチンを投与すること。また、投与後に手術を行う場合、半減期(約2週間)を考慮した上で手術まで十分な期間をおくこと。(添付文書、適正使用ガイドより抜粋)

中止又は延期基準(各添付文書、適正使用ガイドより抜粋)
・Grade3以上の高血圧(アバスチン)・Grade2以上の尿蛋白(アバスチン)
・自己免疫性肝炎の患者、小柴胡湯を投与中の患者に禁忌(フエロン)
・好中球数1500/mm³未満(テモゾロミド)
・血小板数10万/mm³未満(テモゾロミド)

※逸脱例に使用する場合、患者の同意がある旨2号紙に記載すること。
(記載確認後ミキシング開始となります。)

コース	体重	D1	8	15	22	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 / 催吐リスク
① ○ポート患者　生食20mlシリンジ(穿刺) 生食250mlでルート確保後、ロック ○末梢患者　生食250mlでルート確保後、ロック		
② 生食100ml ＋ フエロン＿＿＿万単位 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) ※投与30分前にボルタレン座薬挿入	60分	300-600万単位 最小10%未満
③ 生食100ml + アバスチン＿＿＿＿mg 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) ※終了後①の残液でフラッシュ	30-90分	10mg/kg 最小10%未満
④ 生食20ml シリンジロック or ヘパリンシリンジロック (ポート患者のみ)		
内服 ・ナゼアOD錠 1T 1× テモダール内服前に服用	day1-5	
内服 ・テモゾロミドカプセル＿＿＿mg 1日1回空腹時内服 変更1:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿) 変更2:＿＿＿mg(変更日:＿＿＿＿)	day1-5	150-200mg/㎡
4週毎		

	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	…	28
実施日																										
指示	●							●							●							●				
受領																										
入力																										
実施																										
指示	●							●							●							●				
受領																										
入力																										
実施																										
指示	●														●											
受領																										
入力																										
実施																										
指示	(●)							●							●							●				
受領																										
入力																										
実施																										
指示	●	●	●	●	●																					
受領																										
入力																										
実施																										
指示	●	●	●	●	●																					
受領																										
入力																										
実施																										

太枠内は原本に記入せず、カラーコピーして使用すること。

在庫確保のため、原則として投与2日前(休日を挟む場合は休前日)までに提出すること。

改定日R3.6.29