【No.158】 ニボルマブ + イピリムマブ療法(2)

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

体重＿＿＿＿kg　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)＿＿＿

免疫チェックポイント阻害薬専用検査セットの実施について検討すること。
(詳細はレジメンフォルダ内「検査項目一覧」参照)
適応症：非小細胞肺癌、悪性胸膜中皮腫
休薬・中止基準(オプジーボ適正使用ガイド内、有害事象の対処法アルゴリズムより抜粋)
・Grade1以上の肺臓炎
・Grade2以上の心筋炎、大腸炎、下痢、肝機能検査値上昇、神経毒性、クレアチニン増加
・症候性の甲状腺機能低下症・甲状腺中毒症、下垂体障害・副腎障害
・Grade3以上の発疹

※逸脱例に使用する場合は、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	15	29	指示	受領

コース	体重	D1	15	29	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク	実施日	D1	2	3	4	…	13	14	15	16	17	18	…	27	28	29	30	31	32	…	41	42
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			指示	●							●							●						
			受領																					
			入力																					
			実施																					
② 生食50ml + オプジーボ240mg 1V	30分		指示	●							●							●						
	フィルター有		受領																					
			入力																					
			実施																					
③ 終了後、①残液で滴下(100ml/hr)	30分		指示	●																				
			受領																					
			入力																					
			実施																					
④ 生食50ml + ヤーボイ＿＿＿mg 変更1：＿＿＿mg(変更日＿＿＿＿) 変更2：＿＿＿mg(変更日＿＿＿＿) ※終了後、①残液でフラッシュ。	30分	1mg/kg	指示	●																				
	フィルター有		受領																					
			入力																					
			実施																					
⑤ 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)			指示	(●)							(●)							(●)						
			受領																					
			入力																					
			実施																					

6週毎(オプジーボ1投1休、ヤーボイ1投5休)

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。

新規　R3.8.30