【No.179】 セミプリマブ療法

病名　　ID　　－　　氏名　　（　才）（男・女）　※化学療法承諾書要作成

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）

休薬・中止基準（添付文書より抜粋、詳細は添付文書を参照）
・Grade2以上の間質性肺疾患、大腸炎／下痢、肝機能障害、副腎機能不全、下垂体炎、皮膚障害、腎機能障害、Infusion reaction、
・Grade3以上の甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、甲状腺炎、1型糖尿病、
・上記以外のGrade2以上の副作用

溶解後の安定性
・25℃以下で8時間以内に使用
・2～8℃で24時間以内に使用

※化学療法実施当日の2号紙に、実施の可否について記載すること。（記載確認後ミキシング開始となります。）

コース	day1	／	／	／	指示	受領
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		
		／	／	／		

指示内容	点滴時間	計算式 催吐リスク		day1	2	3	4	5	6	7	8	…	21
			実施日										
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保 ○末梢患者 生食250mlでルート確保			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
② 生食100ml ＋ リブタヨ350mg 1V （214ml/hr）	30分 フィルター有	最小 10%未満	指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
③ ①の残液でフラッシュ			指示	●									
			受領										
			入力										
			実施										
④ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （ポート患者のみ）			指示	（●）									
			受領										
			入力										
			実施										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										
			指示										
			受領										
			入力										
			実施										

3週毎（1投2休）

太枠内は原本に記入せず、コピーして使用すること。

在庫確保のため、投与2日前（休日を挟む場合は休前日）までに薬剤科へコピーを提出すること。　　新規R5.11.15