【No.181】 DUR+VP-16+CBDCA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）＿＿＿＿

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）

【禁忌】（ベプシド添付文書より抜粋）
・重篤な骨髄抑制のある患者[骨髄抑制は用量規制因子であり、感染症又は出血を伴い、重篤化する可能性がある]
休薬・中止基準（イミフィンジ添付文書より抜粋、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、腎機能障害、甲状腺機能亢進症、副腎機能不全、下垂体機能低下症、皮膚障害、筋炎、心筋炎
・Grade1以上のInfusion reaction
（Grade1/2の場合、投与中断もしくは投与速度を50%減速。）
・Grade3以上の重症筋無力症
・上記以外のgrade2以上の副作用（甲状腺機能低下症、1型糖尿病を除く）
※体重30kg以下の場合20mg/kgで投与量を計算すること。
※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。）
※アロカリス：原則として、入院患者への使用はホスアプレピタントを使用できない症例に限定すること。

コース	体重	day1	day2	day3	指示	受領

指示内容	点滴時間 計算値	計算式 催吐リスク	実施日	day1	day2	day3	…	21
① ○ポート患者 生食20mlシリンジ（穿刺）生食250mlでルート確保			指示	●	●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
② （OP室用）生食100ml ＋ イミフィンジ500mg3V ※終了後①残液でフラッシュ	60分 ﾌｨﾙﾀｰ有	1500mg/body※ 最小 10%未満	指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
③ 生食100ml＋{グラニセトロン1A or パロノセトロン1V} ＋ デキサート＿＿＿＿mg ＋ ポララミン＿＿A ＋ { ﾌｧﾓﾁｼﾞﾝ1A or ﾎｽｱﾌﾟﾚﾋﾟﾀﾝﾄ1V or ※ｱﾛｶﾘｽ1V } ※終了後①残液でフラッシュ。	30分		指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
④ 生食100ml ＋ デキサート＿＿＿＿mg	30分		指示		●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
⑤ 5%Glu250ml ＋ ベプシド＿＿＿＿mg ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）	60分 ＿＿＿mg	100mg/㎡ 中等度 30～90%	指示	●	●	●		
			受領					
			入力					
			実施					
⑥ 5%Glu250ml ＋ カルボプラチン＿＿＿＿mg ※終了後①の残液でフラッシュ 変更1：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿） 変更2：＿＿＿mg（変更日：＿＿＿）	60分	AUC=5-6 中等度 30～90%	指示	●				
			受領					
			入力					
			実施					
⑦ ヘパリンシリンジロック or 生食シリンジ20ml （CVポートのみ）			指示	（●）	（●）	（●）		
			受領					
			入力					
			実施					

3週毎（1投2休） 4コース

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。　改定R6.8.19