

【No.190】 Pembro+EV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 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)

中止又は延期基準
 (キイトルーダ添付文書より抜粋、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、内分泌障害、Infusion reaction
 ・Grade3以上の心筋炎、脳炎、ギラン・バレー症候群
 ・上記以外のgrade4又は再発性のgrade3の副作用
 ・副作用の処置としての副腎皮質ホルモン剤をプレドニゾン換算で10mg/日相当量以下まで12週間以内に減量できない場合
 ・12週間を超える休薬後もGrade1以下まで回復しない場合

 右下の欄へ続く

コース	体重	D1	8	指示	受領	コース	体重	D1	8	指示	受領

指示内容	点滴時間	計算式	実施日	D1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	計算値	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			指示	●							●													
			受領																					
			入力																					
			実施																					
② 生食100ml + パドセブ _____ mg + 注射用水20ml 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分	1.25mg/kg	指示	●							●													
			受領																					
			入力																					
			実施																					
③ 生食100ml + キイトルーダ100mg 2V ※終了後①の残液でフラッシュ	30分	200mg/body	指示	●																				
			受領																					
			入力																					
			実施																					
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)			指示	(●)							(●)													
			受領																					
			入力																					
			実施																					
			指示																					
			受領																					
			入力																					
			実施																					
3週毎(2投1休、d8はPembroなし)	太枠内は原本に記入せず、コピーして使用すること。																							

(パドセブ添付文書より抜粋)
 ・Grade2以上の角膜障害、末梢性ニューロパチー、血小板減少症、間質性肺炎
 ・Grade3以上の皮膚障害、SJS、TEN、高血糖、骨髄抑制(血小板減少以外)、上記以外の副作用

減量の目安(パドセブ添付文書より抜粋)
 ・1段階減量: 1mg/kg
 ・2段階減量: 0.75mg/kg
 ・3段階減量: 0.5mg/kg

※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。)