

化学療法計画書

ID					
氏名					
生年 月日					
実施部署			発行日		
身長 (cm)	160	体重 (kg)	50	体表面積 (m ²)	1.50

指示医師:			
指導医師:			
投与開始予定日:	年	月	日
投与終了日:	年	月	日

病名	小細胞肺癌
治療法	イミフィンジ単独維持療法

	1
抗癌剤・商品名	イミフィンジ
規格	120mg/2.4mL 500mg/10mL
一般名	デュルバルマブ
一日投与量(規定)	1500mg/body
患者情報から算出した 一日投与量	1500 mg
実際の投与量	1500 mg
投与日	day1
1クール期間	28日間
予定クール数	
検査スケジュール	原則的に投与日に化学療法施行前セット 検査データに応じて臨時に検査実施

適応基準	化学療法歴のない進展型小細胞肺癌の白金製剤併用療法後
推奨 経口剤	○このレジメンは最小度催吐性リスク群です。静注、経口問わず制吐剤は不要です。
禁忌	1.本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
中止基準	投与前の好中球数:1000/mm ³ 未満、血小板数:50,000/mm ³ 未満 骨髄機能が回復するまでは投与延期 (CTCAE ver4.0 における Grade3 の血液毒性に準拠)
副作用	<p>●イミフィンジ</p> <p>重大 1.間質性肺疾患(放射線肺臓炎を含む) 2.大腸炎、重度の下痢 3.甲状腺機能障害 4.副腎機能障害 5.下垂体機能障害 6.1型糖尿病 7.肝機能障害、肝炎 8.腎障害 9.筋炎、横紋筋融解症 10.心筋炎 11.重症筋無力症 12.Infusion reaction</p> <p>その他 (10%以上)発疹 (1~10%未満)そう痒症、咳嗽・湿性咳嗽、肺炎、TSH上昇、TSH低下、下痢、腹痛、発熱、筋肉痛 (1%未満)皮膚炎、発声障害、上気道感染、インフルエンザ、発熱性好中球減少症、口腔カンジダ、末梢性浮腫、寝汗</p>
備考	

イミフィンジ単独維持療法 観察記録

所要時間:

氏名: ID() 年齢: (才)

施行日	クール	回目	施行前内服薬()	入外()	
医師	指示医師: イミフィンジ (mg) 一般名(デュルバルマブ)		抗癌剤用量 計画書設定量 計画書設定量より減量 計画書設定量より増量 減量・増量理由	抗がん剤以外の 薬剤の変更・追加	
	<input type="checkbox"/> 投与決定 <input type="checkbox"/> 未決定 <input type="checkbox"/> 延期・中止			投与 開始時間	調剤
投与指示	本体	側管			
	生食100mL		ルートキープ用		
	生食100mL+イミフィンジ ※フィルター付き点滴ラインを使用		60分かけて点滴【 100 mL/h】		
本体終了後抜去					
バイタル	項目	投与前	イミフィンジ 投与中	投与後	サイン
	体温				
	脈拍				
	血圧	/	/	/	
	SpO ₂				
観察	呼吸困難				サイン
	紅斑・発疹				
	悪寒				
	疼痛				
	嘔気				
	嘔吐				
● 穿刺部位 末梢(右手 左手 その他:) CVポート(逆血 有り 無し) ● 穿刺針 末梢留置針 (20G 22G 24G) CVポート穿刺針22G (16mm 19mm 25mm)					サイン
看護記録					サイン

アクシデント
(過敏反応、不整脈、血管外漏出等)

お薬手帳



※身長160cm 体重50kg 体表面積1.5㎡の患者さんの場合の
 1日治療に掛かる抗がん剤薬価(day1のみ)
 ○イミフィンジ:467,245円