

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	肝細胞癌
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ICI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	治癒切除不能な肝細胞癌
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、経口関わら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 骨髓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、硬化性胆管炎 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.免疫性血小板減少性紫斑病 13.脳炎 14.Infusion reaction 15.重度の皮膚障害 16.神経障害</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、上気道感染、TSH上昇、TSH低下、下痢、腹痛、発熱、筋肉痛、末梢性浮腫</p>
備考	

イミフィンジ単独維持療法 観察記録

所要時間: 1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 実施
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 【 130 mL/h】	
本体終了後抜去				