

(尿路上皮がん015)【200mg】キイトルーダ  
化学療法登録書

薬剤部調製用(医師は投与量入力不要)

患者ID @PATIENTID

患者氏名 @PATIENTNAME

診療科 @USERSECTION 医師名 @USERNAME

レジメン開始予定日(必ず入力)

年 月 日

| キイトルーダ療法   |  | 3週毎                   |       |
|--|--|-----------------------|-------|
|  | day1   |                       | day22 |
| キイトルーダ(ペンブロリズマズ)                                     | ↓  |                       | ↓     |
| キイトルーダ   | 200mg/body   |                       |       |
| 尿路上皮がん   | (プラチナ製剤を含む化学療法後の)2次治療以降に使用   |                       |       |
| Grade2以上のInfusion reactionが発生した場合には次回投与時には以下の前処置を行う。 |  |                       |       |
|  | レスタミンコーワ錠10mg 5錠   |                       |       |
|  | カロナール錠500mg 1~2錠   | をキイトルーダ投与前90分(±30分)内服 |       |
| 注意! 下記の場合は、キイトルーダの休薬完了を移動しなければオーダーできません。             |  |                       |       |
| ◆副作用(間質性肺炎・炎症性腸疾患)でインフリキシマブBSを使用する場合                 | インフリキシマブBS 1回5mg/kg 単回投与 間質性肺炎には適応外使用<br>→キイトルーダのレジメンフォルダ内『副作用』インフリキシマブBS』を使用  |                       |       |
| ◆副作用(間質性肺炎)でエンドキサンを使用する場合                            | エンドキサン(シクロホスファミド)適応外使用 1回500mg/m <sup>2</sup> 単回投与<br>→『(その他の肺がん003)CPAパルス』を使用 |                       |       |

\*レジメン開始後、投与スケジュール変更(休薬・減量等)コメント欄

| * インラインフィルター使用                    |                       |       |       |    |
|-----------------------------------|-----------------------|-------|-------|----|
| day01                             |                       |       |       |    |
| Rp.1                              | 生理食塩液                 | 50ml  | 15分   | 点滴 |
| Rp.2                              | 生理食塩液                 | 100ml |       |    |
|                                   | キイトルーダ                | 200mg | 30分   | 点滴 |
| Rp.3                              | 生理食塩液                 | 50ml  | 15分   | 点滴 |
| 21病日に休薬完了                         |                       |       |       |    |
| 【副作用】インフリキシマブBS                   |                       |       |       |    |
| 注意! キイトルーダの休薬完了を移動しなければオーダーできません。 |                       |       |       |    |
| * インラインフィルター使用                    |                       |       |       |    |
| Rp.1                              | 生理食塩液                 | 250ml |       |    |
|                                   | インフリキシマブBS100mg ( )mg | 2時間   |       | 点滴 |
| * 点滴開始15分は40ml/hで滴下、以降125ml/hで滴下  |                       |       |       |    |
| Rp.2                              | 生理食塩液                 | 50ml  | フラッシュ |    |
| 2病日に休薬完了                          |                       |       |       |    |