

承認番号:

(印刷後、薬剤部へ提出)

(悪性黒色腫001)【480mg】オプジーボ 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

オプジーボ療法		4週毎	
	day1		day29
オプジーボ(ニボルマブ)	↓		↓
オプジーボ	1回 480mg/body (術後補助療法の場合は12ヶ月間まで)		
注意！下記の場合は、オプジーボ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			
→オプジーボ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 ² 単回投与			
→『(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		
	オプジーボ	480mg	30分	点滴
※全量140mLとする				
Rp.3	生理食塩液	50ml	15分	点滴
28病日に休薬完了				
【副作用】インフリキシマブBS				
注意！オプジーボ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BS	100mg ()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				