

(非小肺がん044)イミフィンジ 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

イミフィンジ療法		2週毎	
	day1		day15
イミフィンジ(デュルバルマブ)	↓		↓
イミフィンジ	1回 10mg/kg		
※Ⅲ期非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法			
※投与期間は12ヶ月間まで			
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 をイミフィンジ投与前90分(±30分)内服			
注意！下記の場合は、イミフィンジ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)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		
	イミフィンジ	()mg	60分	点滴
Rp.3	生理食塩液	50ml	15分	点滴
			14病日に休薬完了	