

**(尿路上皮がん025)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		4週毎	
	day1		day29
イミフィンジ	↓		↓
イミフィンジ	1500mg/body		
	* 体重30kg以下の場合は、20mg/kg		
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・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	
	→イミフィンジ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		
	イミフィンジ	()mg	60分	点滴
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！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。				
* 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				