

診療科名: 呼吸器科

レジメン記入フォーマット

申請者名: _____

レジメン名称: イミフィンジ+イジユド+CBDCA+nab-PTX療法[非小細胞肺]

疾患名(癌種): 進行再発肺非小細胞癌

適用目的(対象): 術前補助化学療法 術後補助化学療法 進行再発 一次 二次以降 三次以降 放射線併用 その他()

フォーマットページ数(/)

通しNo	薬品名・規格	投与量	手技	点滴時間・速度	day(1)	day()	day(8)	day()	day(15)	day()	day()	day()	day()	day(21)
No.1	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.2	イミフィンジ	1500mg/body												
	生理食塩水 100ml	1B	点滴注射	60分	●									
	フィルター付きルートを使用													
No.3	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.4	イジユド	75mg/body												
	生理食塩水 100ml	1B	点滴注射	60分	●									
	フィルター付きルートを使用													
No.5	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.6	デキサート注射液 6.6mg	1V												
	デキサート注射液 1.65mg	2A												
	グラニセトロン点滴静注バッグ1	1V	点滴注射	10分	●									
No.7	アブラキサン	100mg/m ²	インラインフィルター使用不可											
	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	30分	●									
No.8	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.9	カルボプラチン	AUC:6												
	生理食塩水 250ml	1B	点滴注射	60分	●									
No.10	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●									
No.11	デキサート注射液 6.6mg	1V												
	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分			●		●					
No.12	アブラキサン	100mg/m ²	インラインフィルター使用不可											
	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	30分			●		●					
No.13	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分			●		●					

上記表にて設定する抗がん剤について

通しNo	薬品名・規格	標準値	上限値
No.2	イミフィンジ	1500mg/body	
No.4	イジユド	75mg/body	
No.7	アブラキサン	100mg/m ²	
No.9	カルボプラチン	AUC:6	
No.12	アブラキサン	100mg/m ²	

インターバル日数 21日
 レジメン基準日 day(1)
 総クール数 (4)クール

※この表にてオーダーリングにレジメン登録しますので、漏れなく記入して下さい。

進行再発肺非小細胞癌の一次治療として投与
 体重30kg以下の場合、イミフィンジは20mg/kgで投与
 WBC ≥ 1500, Hb ≥ 9.0, Plt ≥ 10万, T-Bil < 上限値の1.5倍, AST・ALT < 上限値の2.5倍, Cre < 1.5
 day1はアプレビタント125mg内服、day2-3はアプレビタント80mg内服とデキサメタゾン8mgを内服、
 4コース終了後はイミフィンジ+イジユド維持療法①に移行する

レジメン登録コード _____
 レジメン審査部会承認 2023/6/9