

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+イジユド維持療法②(cycle3以降)[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()	day()	day(15)	day()	day()	day()	day()	day()
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	●									

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	

インターバル日数 28日
レジメン基準日 day (1)
総クール数 (-)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。

イミフィンジ+イジユド維持療法①から引き続いて投与
体重30kg以下の場合、イミフィンジは20mg/kgで投与
WBC \geq 1500, Hb \geq 9.0, Plt \geq 10万, T-Bil<上限値の1.5倍, AST+ALT<上限値の2.5倍, Cre<1.5
疾患進行(PD)が確認されるまで、4週毎に繰り返し投与を行う。

レジメン登録コード _____

レジメン審査部会承認日 2023/6/9