

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+PEM維持療法①(cycle1・2)[非小細胞肺]

疾患名(癌種): 進行再発肺非小細胞癌 非扁平上皮癌

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(29)	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	●		●							
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												
	生理食塩水 50ml	1B	点滴注射	10分	●		●							
No.7	ベムレキセド	500mg/m ²												
	生理食塩水 100ml	1B	点滴注射	10分	●		●							
No.8	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	ベムレキセド	500mg/m ²	

インターバル日数 56日
 レジメン基準日 day(1)
 総クール数 (1)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+CBDCA+PEMの維持療法として投与
 体重30kg以下の場合、イミフィンジは20mg/kgで投与
 治療7日前より支持療法(ビタミンB12 100μgを9週毎に、葉酸500μg連日)開始
 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
 終了後はイミフィンジ+イジユド+PEM維持療法②に移行する

レジメン登録コード

レジメン審査部会承認日 2023/6/9